

ANEXO III
MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: 25 / 11 / 2025
Razón social del prestador: LECHMAN LARISA
CUIT: 27-41975599-6
Domicilio donde se realiza la prestación: 9 DE JULIO 1356
Correo electrónico de contacto: PSICOPEDA606IA2@LARISALECHMAN@GMAIL.COM Teléfono: 3496-530287
Beneficiario: LAUTARO MAHUEL DÍAZ DNI: 54.617.287
Lic. LARISA LECHMAN
Psicopedagoga
M.N. 1210 L⁹ F34
Modalidad prestacional a brindar: AMBULATORIA
Tipo de jornada a realizar: PRESENCIAL Categoría: _____
Período: desde: FEBRERO 2026 hasta: DICIEMBRE 2026
Almuerzo: Sí - No.
Monto Mensual: \$134,030.24

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: 1210


Cantidad de sesiones mensuales: 8 Monto por Sesión: \$16.753,78

VALOR SUJETO A MODIFICACIÓN POR RESOLUCIÓN DE LA S.S.S.

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: <u>16</u> A: <u>17</u>	De: A:	De: <u>16</u> A: <u>17</u>	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

 Larisa Lechman

Lic. LARISA LECHMAN
Psicopedagoga
M.N. 1210 L⁹ F34

Dr. Eduardo Gesquer
MEDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L⁹ F^o 128
U.O.M.R.A.

IF-2021-109593860-APN-SSS#MS