

ANEXO III

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: **01/1/2026**

Razón social del prestador: **VALERIA ANDREA SERASSIO**

CUIT: **27-21810319-2**

Domicilio donde se realiza la prestación: **SARMIENTO 1719. SANTO TOMÉ. SANTA FE**

Correo electrónico de contacto: **valeriaserassio@live.com.ar** Teléfono: **342-155117538**

Beneficiario: **Valdez Guillermina** DNI: **53.271.363**

Modalidad prestacional que brindar: **FONOAUDIOLÓGÍA**

Tipo de jornada a realizar: **PRESTACIÓN DE APOYO**

Período: desde: **FEBRERO 2026** hasta: **DICIEMBRE 2026**

Almuerzo: **No.**

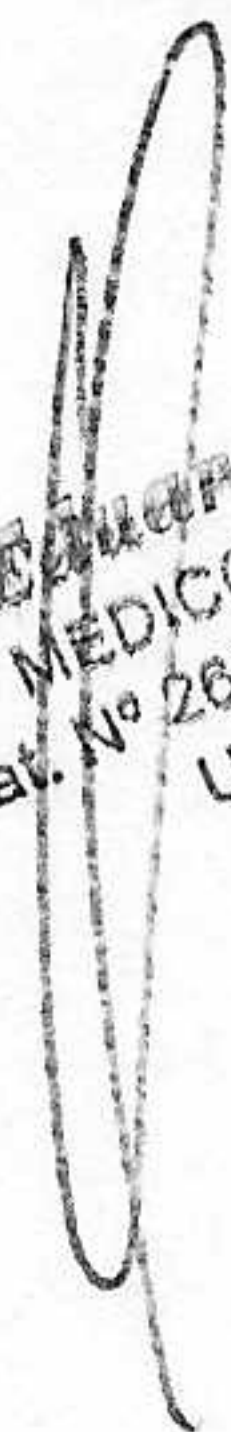
Monto Mensual: \$ **16753.78**

Cantidad de sesiones mensuales: **12** Monto por Sesión: \$ **201.045,36**

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

DIAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	DE: A:	DE: 9.00 A: 10.00	DE: 9.00 A: 10.00	DE: 9.00 A: 10.00	DE: A:	DE: A:


Lic. Valeria Serassio Cirelli
Fonoaudióloga
Mat. N° 247/1 F.7 L.1


Dr. Eduardo Oesquer
MÉDICO AUDITOR
Mat. N° 2653 - L° II - F° 128
U.O.M.R.A.

Firma y Aclaración del Prestador.