

CARTILLA DISCAPACIDAD

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley nº 24.901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por Resolución nº 428/99 MSAL y normas complementarias.

PROCEDIMIENTOS

En caso de afiliados con discapacidad, las Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga deberán entregar información a través de la cartilla que contenga todos los datos necesarios para el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley Nº 24.901, a través de las instrucciones y procedimientos que al efecto se transcriben a continuación.

- ✓ Instructivo del procedimiento de acceso a los servicios de prestaciones básicas de atención integral para personas con discapacidad conforme a la Resolución Nº 428/1999-MSyAS, con la totalidad de las prestaciones y sus formularios correspondientes.

Instructivo para Discapacidad

Las nuevas prestaciones y/o modificaciones sobre las ya presentadas deberán solicitarse con anterioridad a su inicio ó hasta los 30 días posteriores de producida la novedad.

Toda la documentación requerida por el área de discapacidad de la Obra Social se encuentra sujeta a la rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la SSSalud u otro organismo competente.

Área de Discapacidad

1. Objetivo

El presente Instructivo tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un expediente por discapacidad.

2. Lineamientos Generales

- El trámite por Discapacidad debe realizarse en la Delegación de la Obra Social correspondiente a la jurisdicción de cada beneficiario.
- Los expedientes por discapacidad caducarán el 31 de diciembre de cada año al que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación antes del inicio de cada práctica.
- Sólo puede iniciarse trámites por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad.
- Toda la documentación requerida para solicitar la cobertura de prestaciones por discapacidad debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra.
- Las prestaciones podrán ser brindadas cuando cuenten con autorización emitida por el área de discapacidad de la Obra Social
- El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta exclusiva responsabilidad del prestador y no obliga a la Obra Social a cubrir las prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, NO DA DERECHO al

profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación “sin previa autorización por parte del área de discapacidad.

- **Departamento Discapacidad:** Prestaciones relacionadas a cobertura de rehabilitación, escolaridad, formación laboral, centros educativos terapéuticos, transporte (no ambulancia), s/ Resol 1511/12 y 444/14.
- **Acompañante Escolar:** Es la cobertura a la prestación de “Servicio de Apoyo a la Integración Escolar y/o Maestro de Apoyo a la Integración Escolar. Que es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquier de sus niveles, y abarca una población entre 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse, permitiendo la inclusión del niño con necesidades especiales, tanto en su escolarización como así también en la adquisición de habilidades sociales con sus pares”.

3. Documentación a presentar:

Para la renovación, alta prestacionales y cambio de prestadores se deberá realizar según Resol 1293/20 de la SSSalud. A saber:

- Fotocopia del Certificado de Discapacidad Vigente, otorgado por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex S.N.R.)
- Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.
- **Solicitud de Prestaciones e Insumos del beneficiario titular:**
 - Fotocopia de DNI. (Titular ó familiar a cargo).
 - Constancia de Cuil (Titular ó familiar a cargo).
 - Copia del Carnet identificadorio (Titular y/o familiar a cargo).
 - **Beneficiarios Titulares:** Presentar fotocopia de recibo de sueldo.
 - **Beneficiarios Monotributistas:** Presentar fotocopia de los comprobantes de pago correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.
 - **Resumen de historia clínica:** Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación. Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario y actualizado a la fecha de presentación.
- **Prescripción médica:**
 - Debe presentarse la prescripción médica original de todas las prestaciones requeridas, comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, con firma y sello legible del Médico Tratante.
 - Debe indicar el diagnóstico y el periodo correspondiente para el año solicitado.
 - Si se solicitan prestaciones ambulatorias, debe indicar especialidad y cantidad semana / mensual de sesiones requeridas para cada una de ellas.
 - Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble).
 - En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado y fundamentado en la prescripción médica. En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM.
 - La prescripción del tratamiento “no” puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- **Consentimientos y Presupuestos:**
 - Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por los prestadores de cada prestación brindada.
 - Consentimiento para el Transporte debe presentar el diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje.

➤ **Presupuesto para instituciones y/o profesionales tratantes:**

Modelo Instituciones Educativas
Modelo Instituciones
Modelo Tratamientos
Maestro de Apoyo
Módulo de Integración Escolar
Modulo Transporte
(Ver formularios Anexos)

➤ **Presupuesto de transporte.**

- Se debe presentar un presupuesto por destino - Conforme lo dispuesto por la Res.887-E/2017 de la Superintendencia de Servicios de Salud, los pagos serán efectivizados única y exclusivamente mediante transferencia bancaria a la cuenta del prestador.
- Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT/DNI) de la facturación presentada, la Constancia de AFIP y Dictamen de Categorización de la A.N.D (ex S.N.R.)
- Plan de trabajo con objetivos a desarrollar (excepto para la modalidad de transporte).
- Escolaridad: Se solicitará constancia de Alumno Regular correspondiente al año escolar en curso.

4. Modalidades Prestacionales:

- **Prestaciones Ambulatorias.**
- **Prestaciones de Apoyo.**
- **Tratamiento Integral Simple.**
- **Tratamiento Integral Intensivo.**
- **Hospital de Día.**
- **Estimulación Temprana.**

Documentación para Prestaciones Ambulatorias

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Si se brindada por instituciones debe contar con Categorización vigente expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (Ex Servicio Nacional de Rehabilitación) y/o Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).
- c. Si la prestación es brindada por profesionales individuales: Fotocopia de título habilitante y fotocopia de la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).

• **Prestaciones Educativas Especiales.**

Las prestaciones de carácter educativo contempladas se cubrirán hasta 11 (once) meses, quedando incluido en ésta cobertura el concepto de matrícula.

- Educación Inicial.
- Educación General Básica.
- Formación Laboral.

Documentación para prestaciones educativas especiales

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Categorización vigente expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)

- **Apoyo a la Integración Escolar (AIE)**

Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar las Instituciones categorizadas ante la Agencia Nacional de Discapacidad (Ex Servicio Nacional de Rehabilitación) para la modalidad AIE.

Documentación para Apoyo a la Integración Escolar por Equipo

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Categorización Vigente expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)
- c. Plan de trabajo con sus objetivos: Adaptaciones curriculares, firmado por representante de la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad de la escuela común (todas las firmas y sellos en original).
- d. Acta acuerdo entre la escuela y el prestador: firmada por representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original).
- e. Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo en curso.-

- **Maestro de Apoyo:**

Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo: Profesionales con competencia en el campo pedagógico: Lic. en Psicopedagogía, Lic. en Ciencia de la Educación, Profesores de Educación Especial, Maestros con orientación en Educación Especial. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

La prestación de modalidad Maestro de Apoyo no podrá ser brindada por Acompañantes Terapéuticos ni Asistentes Escolares.

Documentación para Maestro de Apoyo

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Título habilitante del profesional y Certificado Analítico de Materias. Plan de trabajo con sus objetivos.
- c. Adaptaciones curriculares, firmado por el profesional a cargo del apoyo y por la máxima autoridad de la escuela común (todas las firmas y sellos en original).
- d. Acta acuerdo, firmada por el profesional a cargo del módulo, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original).
- e. Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo en curso.

- **Centro Educativo Terapéutico / Centro de Día**

Documentación para CET / Centro de Día:

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Categorización vigente expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)

- **Internaciones**

Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, permanente ó de lunes a viernes.

Documentación para internaciones

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica.
- b. Documentación específica: Categorización vigente expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).
- c. Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

- **Internación en Rehabilitación**

Documentación para Internación en Rehabilitación

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Categorización vigente expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).
- c. Indicación y Plan tratamiento elaborado por el médico tratante, con fecha anterior al comienzo de la prestación.

- **Residencia:**

Documentación para Residencia

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Categorización vigente expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).
- c. Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

- **Pequeño Hogar:**

Documentación para Pequeño Hogar

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Categorización vigente expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).
- c. Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.

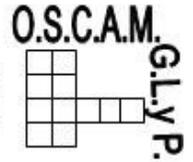
- **Transporte Especial**

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley Ley 24314, art 22 inc.a). No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino.

De acuerdo a Res. 1192/15 la autorización se emitirá por Km de traslado conforme determina en forma objetiva del programa de geo referenciamiento utilizado y será abonado por mes entero.

Documentación para Transporte Especial

- a. Documentación general: DNI del afiliado, CUD, Resumen de H.C., y Orden Medica
- b. Documentación específica: Orden medica con pedido de Transporte realizada por el médico tratante.
- c. Fotocopia de la habilitación vigente.
- d. Fotocopia de la póliza de seguro y comprobante del último pago del transportista.
- e. Fotocopia de carnet de conducir vigente.



RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

OBRA SOCIAL:.....

FECHA:/...../.....

NOMBRE		APELLIDO		N° BENEFICIARIO	
TIPO DE DOC	N° DOCUMENTO	EDAD	SEXO		

Diagnóstico de la patología incapacitante:

Indicar resumen del paciente:

.....

.....

.....

.....

.....

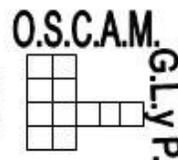
.....

.....

.....
Firma y sello del Médico Tratante

R.N.O.S. Nº 10.4801 MOSAICOS GRANITEROS, LUSTRADORES y PORCELANEROS

José Eusebio Colombres nº 1.419
1238 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires



OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS,

ORDEN MÉDICA

OBRA SOCIAL:

FECHA: / /

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO	
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD	PLAN		

DIAGNOSTICO:

1. Se indica:
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

2. Se indica:
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

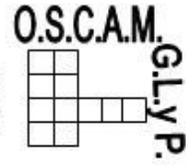
3. Se indica:
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

4. Se indica:
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

5. Se indica :
por la cantidad de sesiones semanales durante el periodo
..... a del año

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....
Firma y sello del Médico Tratante



**OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS,
MOSAICOS GRANITEROS, LUSTRADORES y PORCELANEROS**

R.N.O.S. N° 10.4801 José Eusebio Colombes n° 1.419
1238 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Orden Medica (Transporte)

OBRA SOCIAL:

FECHA: / /

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO	
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD	PLAN		

DIAGNOSTICO:

1. Se indica:

Desde
Hasta
durante el periodo..... y del año

2. Se indica:

Desde.....
Hasta.....
Durante el periodo..... y del año

3. Se indica:

Desde.....
Hasta.....
Durante el periodo..... y del año

4. Se indica:

Desde.....
Hasta.....
Durante el periodo..... y del año

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....
Firma y sello del Médico Tratante



Solicitud de Prestaciones e Insumos

Fecha/...../.....

Señor Presidente de la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos / adquisición de

Para tal fin adjunto los datos correspondientes y la documentación solicitada.

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....Edad:.....
Lugar y fecha de nacimiento.....
Estado Civil:Domicilio actual.....
Ciudad.....Provincia.....CP.....
DNI.....Parentesco con el titular:.....
Teléfono.....e-mail.....

DATOS DEL TITULAR:

Apellido y Nombres:.....CUIL.....
Domicilio actual.....
Ciudad.....Provincia.....CP.....
Teléfono.....e-mail.....

Declaro que los datos volcados en este formulario son exactos y revisten el carácter de Declaración Jurada.

.....
Firma del beneficiario

.....
Firma de padre/ tutor o encargado

.....
Aclaración

.....
Aclaración



Consentimiento Informado de tratamiento y/o practica ambulatoria

Fecha/...../.....

Obra Social:

RNOS:

Me dirijo a usted a fines de brindar mi consentimiento por el plan de tratamiento de la prestación de

Declaro haber comprendido y aceptado en todos sus términos los alcances del mismo.

NOMBRE Y APELLIDO.....

D.N.I.....

FIRMA.....

ACLARACION.....

Por la presente certifico que he explicado los alcances del tratamiento que se brindara al beneficiario y que se han contestado todas las preguntas en torno a las características del mismo.

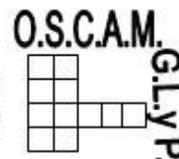
.....

Firma y sello del profesional

R.N.O.S. Nº 10.4801 MOSAICOS GRANITEROS, LUSTRADORES y PORCELANEROS

José Eusebio Colombres nº 1.419
1238 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS,



Presupuesto de Prestaciones Ambulatorias para Instituciones

Fecha/...../.....

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Modalidad Prestacional a brindar:.....

..... Tipo de
Jornada a realizar: Simple ... Doble.....ReducidaPermanente..... Categoría: A.....
BC..... Incluye Almuerzo: Si..... No..... Incluye Dependencia: Si.....
No.....Período: desde..... hasta.....del año 20.....
Monto Mensual: \$.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación:

Localidad:.....Provincia:.....Teléfono:.....

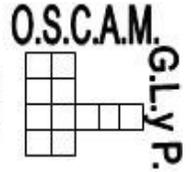
Email:.....CUIT Condición frente al

IVA:.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....
Firma y sello de la Institución



Presupuesto de prestaciones ambulatorias para Profesionales Individuales

Fecha / /

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:..... DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación / Especialidad a brindar:

Período: desde..... hasta..... del año 20.....

Cantidad de sesiones semanales y mensuales:

Monto por Sesión: \$..... Monto Mensual: \$.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación:

Localidad:..... Provincia

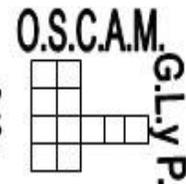
Tel:..... e-mail

CUIT:..... Condición frente al IVA:.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....
Firma y sello de la Institución



OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS,

R.N.O.S. Nº 10.4801 MOSAICOS GRANITEROS, LUSTRADORES y PORCELANEROS

José Eusebio Colombres nº 1.419

1238 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Presupuesto de prestaciones para Estimulación Temprana

Fecha / /

Apellido y Nombre del Titular.....

Apellido y Nombre del BeneficiarioDNI.....

El niño concurre acompañado por.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:.....

Período: Desde..... Hasta..... 20.....

Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....

Monto por sesión (si es única prestación).....

Monto Mensual.....

Monto del Módulo (si es brindada por equipo).....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido/Razón Social.....

Domicilio real de la prestación.....

Localidad.....Provincia.....Teléfono.....

Email.....CUIT.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

.....
Firma y sello de la Institución



Presupuesto de prestaciones por Rehabilitación - Instituciones

Fecha / /

Apellido y Nombre del Titular.....

Apellido y Nombre del BeneficiarioDNI.....

El niño concurre acompañado por.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:.....

Período: Desde.....Hasta..... 20.....

Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....

Monto por sesiónMonto Mensual.....

Valor del Módulo.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido/Razón Social.....

Domicilio real de la prestación.....

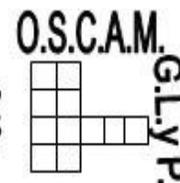
Localidad.....Provincia.....Tel:.....

Email.....CUIT.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLE S	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta	Desde Hasta
TERAPIA						
TERAPIA						
TERAPIA						

.....
Firma y sello de la Institución



OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS,

R.N.O.S. Nº 10.4801 MOSAICOS GRANITEROS, LUSTRADORES y PORCELANEROS

José Eusebio Colombres nº 1.419

1238 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Presupuesto Maestra de Apoyo para la Integración Escolar

Fecha / /

Apellido y Nombre del Titular.....

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.

Período: Desde..... Hasta

20.....

Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido

Domicilio

Localidad.....Provincia.....

Tel:..... Email.....

CUIT.....Cheque a la orden de.....

.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:

Escuela donde se brindará la prestación:.....

Domicilio.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....
Firma y sello de la Institución

Presupuesto Equipo de Apoyo para la Integración Escolar

Fecha/...../.....

Apellido y Nombre del Titular.....

Apellido y Nombre del BeneficiarioDNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: **EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.**

Período: Desde.....Hasta 20.....

Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido

Domicilio.....

Localidad.....Provincia

Tel..... Email.....CUIT.....

Cheque a la orden de.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:

Escuela donde brindará la prestación:.....

Domicilio.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

ACTIVIDAD EXTRA-ÁULICA:

Conformación del Equipo Profesional Interviniente:

1. Nombre y Apellido

Título Profesional.....

Objetivo de la Intervención

.....

.....

.....

.....

2.Nombre y Apellido

Título Profesional.....

Objetivo de la Intervención

.....

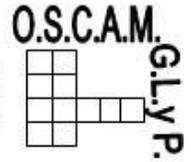
.....
.....
.....

3.Nombre y Apellido.....
Título Profesional
Objetivo de la Intervención
.....
.....
.....
.....

Domicilio real donde se brindará la prestación
.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....
Firma y sello de la Institución



Acta Acuerdo de Apoyo a la Integración Escolar

A los.....días del mes.....del año 20.... en la ciudad.....
se establece el presente acuerdo entre la Escuela
.....con domicilio en.....
representada por
la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, representado
por.....y la familia del niño/a
.....con DNI.....para llevar a cabo
la integración del niño/a en el Año / Sala.....Turno.....-

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

La Institución Educativa y la Maestra de Apoyo / Equipo de Apoyo a la Integración Escolar se comprometen a:

1. Atender al / a la niño / a según las necesidades vinculadas a su educación.
2. Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
3. Acordar criterios de Evaluación, Calificación y Acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.

Realizar la Evaluación Media y Final en forma interdisciplinaria. La Familia se compromete a:

1. Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
2. Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
3. Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
4. Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.
5. La continuidad del alumno en el Proyecto de Integración Escolar será evaluada por la Escuela y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes en forma conjunta podrán considerar toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño.

La no continuidad del proyecto podrá darse:

1. Incumplimiento de los ítems mencionado sut-supra.
2. Falta de progresos significativos en el aprendizaje.
3. Modificaciones importantes en la conducta.

.....
Firma, sello y aclaración de la
Escuela Común donde se realiza
Integración Escolar

.....
Firma y aclaración de la
Familia

.....
Firma, aclaración y sello de
Maestra Integradora ó
Equipo Interdisciplinario



OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS,

R.N.O.S. N° 10.4801 MOSAICOS GRANITEROS, LUSTRADORES y PORCELANEROS

José Eusebio Colombres n° 1.419

1238 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Discapacidad – Transporte Diagrama – Traslados Consentimiento

Fecha de emisión: .../.../.....

Razón social del prestador:

Domicilio:

Localidad/Provincia:

Teléfono:

Mail:

Nombre del beneficiario:

DNI:

TRASLADOS

PARTIDA	DESTINO	VIAJES - DIA	KM - VIAJE	VALOR - KM	Valor Diario

Dependencia (SI / NO) Monto mensual: \$.....

Periodo traslados. Desde .../.../..... Hasta: .../.../.....

Cronograma de traslados: (marcar con una cruz los días de traslados)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

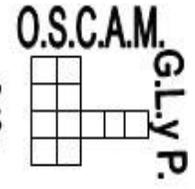
.....
Firma y sello del Transportista

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al beneficiario....., DNI....., n° de Afiliado. -

.....
Firma del Beneficiario

.....
Aclaración

.....
DNI



OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS,

R.N.O.S. Nº 10.4801 MOSAICOS GRANITEROS, LUSTRADORES y PORCELANEROS

José Eusebio Colombres nº 1.419

1238 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Modelo de Plan de Trabajo Instituciones / Profesionales

Fecha/...../.....

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:

Período: Desde.....Hasta 20.....

OBJETIVOS CONCRETOS PROPUESTOS POR DISCIPLINA:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

.....
Firma y aclaración del
Beneficiario

.....
Firma - aclaración – sello del
Profesional

Tabla de medida de la Independencia funcional (FIM)

Paciente.....DNI..... Diagnóstico.....
Institución.....Modalidad..... Fecha.....

7	Completa en tiempo y con seguridad	SIN AYUDA
6	Modificada con adaptaciones (necesita más tiempo extra y/o usa accesorios)	
	DEPENDENCIA PARCIAL	
5	Con supervisión, con ayuda y/o estímulo verbal	CON AYUDA
4	Con asistencia mínima (realiza 75% o + de la tarea)	
3	Con asistencia moderada (realizada entre 50 y 74% de la Tarea)	
	DEPENDENCIA COMPLETA	
2	Con asistencia máxima (realiza del 25 al 49% de la tarea)	
1	Con asistencia total (realiza menos del 25% de la tarea)	
	CUIDADO PERSONAL	PUNTAJE
1	Comida (uso de utensilio, masticar, deglutir)	
2	Aseo (lavarse caras, manos, peinarse, afeitarse, dientes)	
3	Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o en cama)	
4	Vestirse parte superior (de cintura para arriba o colocarse ortesis y/o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior (cintura para abajo, zapatos, abrocharse, colocarse prótesis)	
6	Uso del baño (higiene perineal, ajuste de ropa antes y después del uso)	
	CONTROL ESFINTEREANO	
7	Vejiga	
8	Intestino	
	MOVILIDAD (tipo de desplazamiento)	
9	A Cama, silla, silla de ruedas	
10	A toilette (sentarse y salir del inodoro)	
11	Bañera o ducha	
	LOCOMOCION	
12	Marcha / Silla de ruedas	
13	Escaleras	
	COMUNICACION	
14	Comprensión audio / visual	
15	Expresión verbal / no verbal	
	ADAPTACION PSICO-SOCIAL	
16	Interacción social	
	FUNCIONES COGNITIVAS	
17	Resolución de problemas cotidianas	
18	Memoria para actividades simples y/o rostros familiares	
	PUNTAJE FIM TOTAL	

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría de Obra Social, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica insitu y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

.....
Firma y sello de Médico tratante

Planilla de datos socio-familiares

Fecha:/...../.....

Apellido y Nombre del Titular

Domicilio.....

Localidad.....Teléfono.....Email:.....

Apellido y Nombre del Beneficiario

Prestación solicitada

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:

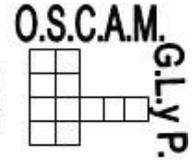
NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de declaración jurada.

.....
Firma y aclaración del Titular



Referencia: ANEXO II

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo..... con Documento Tipo

(.....) N°....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y de constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles

1. Prestación: _____

2. Prestador: _____

3. Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

2. Prestador: _____

3. Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

2. Prestador: _____

3. Período de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

2. Prestador: _____

3. Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor, y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

IMPORTANTE

Las prestaciones serán brindadas una vez realizada la autorización previa de la Obra Social de OSCAMGLYP. El inicio de las prestaciones sin autorización previa, resulta de exclusiva responsabilidad del Prestador y no obliga a la Obra Social a cubrir las prestaciones.

La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado “no da derecho” al profesional interviniente y/o institución a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte del área de Discapacidad, ni obliga a la Obra Social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

Instructivo para la entrega de facturación:

Las facturas de las prestaciones serán recibidas por la Obra Social ya sea por vía email info@oscamglyp.com ó en forma personal en el domicilio sito en Colombres 1419 - CABA, de lunes a viernes, en el horario de 10:00 a 17:00 hs.

Como deben confeccionarse las facturas: Deberán contener los siguientes datos:

1. Nombre: Obra Social de Colocadores de Azulejos, Mosaicos, Graniteros, Lustradores y Porcelaneros
2. Domicilio en Colombres n° 1419 – CABA.
3. Iva-Exentos.
4. Cuit n° 30-63504248-2
5. Las Facturas deberán ser tipo B ó C. En el momento que se haga efectivo el pago se deberá emitir el correspondiente Recibo de cancelación para cerrar la operación.

❖ Se deberá especificar:

- a. Apellido y Nombre del paciente.
- b. Mes correspondiente a la prestación brindada.
- c. Modalidad de prestación y cantidad de sesiones mensuales.
- d. Valor unitario.

❖ En caso de facturas por transporte se deberá especificar:

- a. Apellido y Nombre del paciente
- b. Mes correspondiente a la prestación brindada
- c. Recorrido (desde – hasta).
- d. Valor del kilómetro.
- e. Cantidad de km mensuales.
- f. Cantidad de viajes.

Las facturas se deberán presentar a mes vencido, es decir una vez realizada la prestación. No se aceptarán facturas con enmiendas, tachaduras o roturas.

- ✓ Centro de Orientación y/o Coordinación de Servicios por jurisdicción y por zona, con indicación de domicilio, teléfono y correo electrónico. Cuando el centro sea el mismo para todos los afiliados de la entidad, se agregarán los datos de la/s persona/s de contacto para discapacidad.

Sede Obra Social: Colombres n° 1419 – CABA. Tel. 4922-3801/2631
De lunes a viernes de 10:00 a 17:30 hs. Email: info@oscamglyp.com

RED SANAR SALUD: Av.R.S.Peña n° 832 – CABA. Tel. 11.4437-6771
Email: sanaressalud@gmail.com

RED Marcos y Hugo Libedinsky: Agüero n° 1395 – Morón. Tel.4645-9000. Email:
afiliaciones@crisolmed.com

RED Agrupación Sanatorial Sur: Avellaneda n° 52 – Bernal Este. Tel. 4229-4600
(int.7111). Email: liliamenendez@grupogbasur.com.ar

RED Visitar: Av. Gral. San Martín n° 3240 – Florida Oeste (Bs.As.) Tel. 0800-333-2005

- ✓ Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario: Vías de comunicación online, telefónica, vía plataformas digitales, etc.
- *No corresponde según Resol. 206/2011 - SSSalud*
- ✓ Procedimiento de autorizaciones y centros habilitados, por jurisdicción y por zona, indicando domicilio, teléfono y correo electrónico. Indicar gestión a través de plataformas digitales. Cuando el centro habilitado sea el mismo para todos los afiliados de la entidad, se agregarán datos de la/s persona/s de contacto para discapacidad.
Para las autorizaciones y centros habilitados idem lo indicado en el contexto de Centro de Orientación y/o Coordinación de Servicios.
- ✓ Descripción del modo y periodicidad de la comunicación de toda modificación que signifique un cambio en la cartilla, ya sea en cuanto a su contenido u operatividad.
La cartilla medica es actualizada de forma trimestral.

LISTADO DE PRESTADORES:

Se especificará la nómina de prestadores según modalidad prestacional encuadrada dentro de la Resolución n° 428/99 MSAL y normas complementarias.

Los prestadores deberán ser agrupados geográficamente por zona o jurisdicción y contar con la siguiente información: nómina, domicilio, CUIT, teléfono, correo electrónico, plataformas digitales, días y horarios de atención.

En caso de corresponder, se tendrá en cuenta el cumplimiento de su inscripción en el RNP y/o categorización de la Agencia Nacional de Discapacidad, detallando los casos en los cuales no hubiere prestadores que cumplieren con dichos requisitos.

Se deberá respetar la siguiente desagregación:

1.- Rehabilitación:

1.1 Ambulatoria.

1.2 Hospital de día.

1.3 Internación.

2.- Estimulación temprana.

3.- Centro de Día

4.- Centro educativo terapéutico

5.- Prestaciones educativas.

6.- Servicio de apoyo a la integración escolar.

7.- Maestra de Apoyo.

8.- Formación laboral.

9.- Prestaciones de apoyo.

10.- Hogar, residencia.

11.- Transporte.

..Ver, en la siguiente hoja (Listado de Prestadores en Discapacidad)

Prestación	Nomina	Domicilio	CP	Localidad	Jurisdicción	Cuit	Contactos	Email
1. Rehabilitación								
Fonoaudiología	Armento Natalia	San Martin n° 909	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	23-28615014-4	11-6959-7762	natalia_armento@hotmail.com
Fonoaudiología	Cuba Soledad	Luis Braille y tapalquen	1888	Florencio Varela	Buenos Aires	27-38548622-2	6081-5290	dondequero_estar@yahoo.com.ar
Fonoaudiología	Figueredo Nora	Av. Rivadavia n° 13.876	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	27-17994051-0	11-4039-2503	norafigue@live.com.ar
Fonoaudiología	Lowy Copello Maria	Sarrachaga n° 6311	1765	I.Casanova	Buenos Aires	27-25597918-9	11-5837-8169	mflowy@yahoo.com
Fonoaudiología	Martinelli Patricia	Quito n° 5586	1765	I.Casanova	Buenos Aires	27-12522399-6	11-6863-3613	cetyrconsultorios@gmail.com
Musicoterapia	Rodriguez Nadia	Lafayette n° 2366	1755	Rafael Castillo	Buenos Aires	27-35486756-2	15-65670034	contrataciones@imasalud.com.ar
Musicoterapia	Sisto Romina	Colon n° 260	1708	Moron	Buenos Aires	23-28528164-4	11-6198-4487	consultorioati@gmail.com
Psicologa	Benevenia Sabrina	Rondeau n° 1330	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	27-26440074-6	11-3894-7397	sabrina.benevenia@gmail.com
Psicologa	De Marco Noelia	Av. Peron n° 2128	1663	San Miguel	Buenos Aires	27-31393733-5	11-3347-5004	licnoeliademarco@gmail.com
Psicologa	Maiorana Laura	Montgolfield n° 4844	1757	G de Laferrere	Buenos Aires	27-32358262-4	15-61816218	contrataciones@imasalud.com.ar
Psicologa	Pietragalla Natalia	Av. Rivadavia n° 4509	1424	CABA	CABA	27-32784007-5	11-6111-7324	napietra24@hotmail.com
Psicologa	Benevenia Sabrina	Ordoñez n° 6112	1439	CABA	CABA	27-26440074-6	11-3894-7397	sabrina.benevenia@gmail.com
Psicologa	Bessel Virginia	Luis Braille y Tapalquen	1888	Florencio Varela	Buenos Aires	23-40543657-4	6081-5290	dondequero_estar@yahoo.com.ar
Psicologa	Carnabuci Andrea	Juncal n° 678	1722	Merlo	Buenos Aires	27-22326197-9	15-57581330	andreaacarnabuci@hotmail.com
Psicologa	Galvan Margarita	Sarrachaga n° 6311	1765	I.Casanova	Buenos Aires	27-31306413-7	11-6350-6135	equipocasmyd@gmail.com
Psicologa	Keller Camila	Achala n° 1355	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	27-36724296-0	4802-4682	consultorioati@gmail.com
Psicologa	Landaburu Vanina	Santamarina n° 1753	1754	V.Luzuriaga	Buenos Aires	27-37867411-0	11-5057-4437	merakiaatencionintegral@gmail.com
Psicologa	Messer Claudia	Av. Rivadavia n° 13.876	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	27-16473359-4	11-2269-1321	claudiamesser@yahoo.com.ar
Psicologa	Soria Gabriel	Montgolfield n° 4647	1757	G. Laferrere	Buenos Aires	20-38084024-4	11-2666-1966	admlibreando@gmail.com
Psicologa	Torres Julieta	Venezuela n° 5085	1754	V.Luzuriaga	Buenos Aires	27-31216754-3	11-4065-8796	rubiconconsultorio@gmail.com
Psicologia	De Mattia Jaqueline	F.Sanchez 1564	1712	Castelar	Buenos Aires	27-34245556-0	11-5737-5126	jaquelineelizabethdemattia@gmail.com
Psicologia	Persson Florencia	Marcon 2857	1754	San Justo	Buenos Aires	27-40460427-4	11-5656-5037	florenciaapersson@gmail.com
Psicologo	Sagray Horacio	Gorriti n° 3638-4°C	1172	CABA	CABA	20-13127744-0	11-5512-3347	horaciosagray@hotmail.com
Psicomotricidad	Mastrodicasa Marcela	Venezuela n° 5085	1754	V.Luzuriaga	Buenos Aires	27-31522928-1	11-4065-8796	rubiconconsultorio@gmail.com
Psicomotricidad	Tyiereijan Luisa	Av. Rivadavia n° 13.876	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	27-16212553-8	11-5709-9008	maluisa63@hotmail.com
Psicopedagoga	Alcaraz Andrea	Carlos Casares n° 3975	1757	G de Laferrere	Buenos Aires	27-24730241-2	11-3702-0333	roxal1009@hotmail.com
Psicopedagoga	Almada Romina	Sarrachaga n° 6311	1765	I.Casanova	Buenos Aires	27-30774318-9	11-6715-3077	lic.romina.almada@gmail.com
Psicopedagoga	Altamirano Maria Belen	C.Tejedor n° 2262	1722	Merlo	Buenos Aires	27-34293848-0	15-21567577	altamiranobell@gmail.com
Psicopedagoga	Gutierrez Fernanda	Alem n° 818-8° piso	1708	Moron	Buenos Aires	27-25318495-2	11-6198-4487	consultorioati@gmail.com
Psicopedagoga	Artillo Mariela	Garcia Silva n° 527	1708	Moron	Buenos Aires	23-26800084-4	11-2666-1966	admlibreando@gmail.com
Psicopedagoga	Bifano Romina	Rocci n° 3592	1765	I.Casanova	Buenos Aires	23-28811986-4	11-6715-3077	equipocasmyd@gmail.com
Psicopedagoga	Cuello Julieta	Sarmiento n° 1525	1663	San Miguel	Buenos Aires	27-37620567-9	11-5949-6104	lic.cuellojulieta@gmail.com
Psicopedagoga	DeSanti Alejandra	Ocampo n° 2872	1754	San Justo	Buenos Aires	23-20891771-4	15-2157-9580	lic.desanti@hotmail.com
Psicopedagoga	Escalante Leticia	Luis Braille y tapalquen	1888	Florencio Varela	Buenos Aires	27-23628525-7	6081-5290	dondequero_estar@yahoo.com.ar
Psicopedagoga	Gonzalez Yamila	Venezuela n° 5085	1754	V.Luzuriaga	Buenos Aires	27-34845070-6	11-4065-8796	rubiconconsultorio@gmail.com
Psicopedagoga	Gutierrez Fernanda	Int.Grant n° 268	1708	Moron	Buenos Aires	27-25318495-2	11-6198-4487	consultorioati@gmail.com
Psicopedagoga	Laginestra Barbara	Av. Rivadavia n° 13.876	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	27-29313681-0	11-5339-7084	barbaraantonelalaginestra@gmail.com
Psicopedagoga	Lorenzo Patricia	Tornquist n° 3409	1765	I.Casanova	Buenos Aires	27-31438110-1	11-3628-2943	patricialorenzo1985@gmail.com
Psicopedagoga	Massola Silvia Beatriz	Marcon 2857	1754	San Justo	Buenos Aires	27-147584112-2	11-2460-4105	silviabmassola@gmail.com
Psicopedagoga	Olmos Claudia	Bolivar 534	1722	Merlo	Buenos Aires	27-27401338-4	11-3538-0393	consultoriosgalumphing@gmail.com
Rehabilitacion	Ferreiro Favio Adrian	Arieta n° 1767	1753	V.Luzuriaga	Buenos Aires	20-31494042-4	11-5131-0548	opkferreiro@gmail.com
Rehabilitacion	Fundacion Estimular -EPI	Belgrano n° 550	1708	Moron	Buenos Aires	30-71452528-6	4627-5176	consultas@fundacionepi.org.ar
Rehabilitacion	Logrando sa.	San Martin n° 1819	1838	Luis Guillon	Buenos Aires	30-71639416-2	7521-5162	info@logrando.com.ar
Rehabilitacion	Porres s.a.	Av.H.Yrigoyen n° 4553	1602	Florida	Buenos Aires	30-71549227-6	4435-7900	rehabilitacion@porres.edu.ar
T.Ocupacional	Aguero Alejandra	Luis Braille y Tapalquen	1888	Florencio Varela	Buenos Aires	27-26733962-2	6081-5290	dondequero_estar@yahoo.com.ar

T.Ocupacional	Colombo Casas Agostina	Cnel Lynch n° 1798	1754	V.Luzuriaga	Buenos Aires	27-35324105-8	3526-3733	colombocasaagostina@gmail.com
T.Ocupacional	Coria Rocio	Sarmiento n° 1525	1663	San Miguel	Buenos Aires	27-34849958-6	11-3490-4545	rociobelencoria@hotmail.com
T.Ocupacional	Orlandini Florencia	Directorio n° 776	1718	San A. de Padua	Buenos Aires	23-38912427-9	11-5055-9835	orlandiniflor@hotmail.com
T.Ocupacional	Sanchez Maria Belen	Virasoro Valentin n° 1061	1405	CABA	CABA	27-36797434-1	11-2666-1966	admilibreando@gmail.com
T.Ocupacional	Viana Clara	M.Santamaria n° 1753	1754	V.Luzuriaga	Buenos Aires	27-28702382-6	11-6113-8260	merakiaatencionintegral@gmail.com
2. Estimulación Temprana								
Estimul.Temprana	Consultorio Dr.MAZA	B.Mitre n° 123	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	30-71106967-0	4658-1647	info@centrodrmaza.com
3. Centro de Dia								
Centro de Dia	Agape Amor Total	Pergamino n° 2048	1712	Castelar	Buenos Aires	30-71464663-6	4458-3763	patriciawdiaz@hotmail.com
Centro de Dia	Fernandez Ma.Soledad	Ehrlich n° 542	1714	Itzaingo	Buenos Aires	27-24788357-1	15-32163886	wayraituzaingo@gmail.com
Centro de dia	La Casita KI-ORA	Gelly y Obes 1425	1707	Villa Sarmiento	Buenos Aires.	30-71676437-7	11-4046-0265	lacasitakiora@gmail.com
4. Centro Educativo Terapeutico								
CET	Centro Vinculos	Luis Braille n° 1348	1888	Florencio Varela	Buenos Aires	30-71038441-6	4255-5739	vinculos-cet@hotmail.com
CET	CET SANTA CLARA	San Martin n° 335	1708	Moron	Buenos Aires	30-71647061-6	7523-9574	info@santaclaracet.com.ar
CET	Coop San Martin de Porres	Estocolmo n° 2446	1765	I.Casanova	Buenos Aires	30-66242631-4	4486-8077	secretaria@porres.edu.ar
5. Prestaciones Educativas								
Escuela especial	Escuela PAPAÍ	Gral. Belgrano n° 1030	1708	Moron	Buenos Aires	33-61000649-9	2202-0848	correointerno@escuelaspapai.edu.ar
Escuela especial	Escuela Recuperadora	Olivera n° 736	1714	Itzaingo	Buenos Aires	27-21442502-0	4458-5031	oficinaituzaingo@hotmail.com
Escuela especial	Instituto Blanquerna	Julian Perea n° 851	1708	Moron	Buenos Aires	30-66238522-7	6841-4875	administracion@blanquerna.com.ar
Escuela especial	Un nuevo Horizonte	Los Andes n° 1057	1876	Bernal	Buenos Aires	30-65946022-6	11-5507-7932	institutounnuevohorizonte.adm@gmail.com
6. Servicio de A. a la Integracion								
Integracion Escolar	CAIPAC	Av.Gaona n° 2772	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	30-70824388-0	2058-6685	administracion@caipac.com.ar
Integracion Escolar	Caps de Riffel Vanessa	Ordoñez n° 6112	1424	CABA	CABA	27-26281520-5	11-3017-1148	riffel.vanesa@gmail.com
Integracion Escolar	Centro IZET	Andalgala n° 3784	1765	I.Casanova	Buenos Aires	30-71515339-0	4458-4193	izetrapeutico@gmail.com
Integracion Escolar	Ctro Ped.Ramos Mejia CIRI	Belgranon° 606	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	30-71351660-7	11-4656-5675	administracion@centrociri.com
Integracion Escolar	DI CAPACIDAD	Pte.Peron n° 3200	1635	Pte.DERQUI	Buenos Aires	30-71469618-4	0230-448-3346	contacto@di-capacidad.com
Integracion Escolar	Enriquez Alicia	F.Varela n° 344	1704	Ramos Mejia	Buenos Aires	27-17550721-9	7078-0153	documentacion@psicop.com.ar
Integracion Escolar	Esc. S. Martin de Porres	Estocolmo n° 2446	1765	I.Casanova	Buenos Aires	30-66242631-4	011-28212500	secretaria@porres.edu.ar
Integracion Escolar	Grupo Trama (Aguirre Milagro)	Avellaneda n° 505	1663	San Miguel	Buenos Aires	30-71137207-1	6009-2054	grupopotrama@hotmail.com.ar
Integracion Escolar	Centro La Huella	T.Edison n° 1860	1888	Florencio Varela	Buenos Aires	30-71623110-7	11-3977-4785	administracion@centrolahuella.com.ar
11. Transporte								
Transporte	Baru Angela Primitiva	Virgenes n° 7331	1759	G.Catan	Buenos Aires	27-17835576-2	11-6674-3374	mardelcont@hotmail.com
Transporte	Britos Fernando	T.Edison n° 1860	1888	Florencio Varela	Buenos Aires	23-29562995-9	11-5658-8320	ahiestare18@yahoo.com
Transporte	Contarini Ludmila	Cuyo n° 588	1714	Itzaingo	Buenos Aires	27-42826001-0	11-2463-9517	contarinis@hotmail.com
Transporte	Ferri Gustavo	La porteña n° 345	1753	V.Luzuriaga	Buenos Aires	20-23891473-7	11-2179-5090	gustavogus1974@gmail.com
Transporte	Miguel Andrea Soledad	Catamarca n° 1821	1888	Florencio Varela	Buenos Aires	27-25314783-6	11-6932-8188	miguel.andrea1976@gmail.com
Transporte	Pugliese Pascual	Aguado n° 1092	1708	Moron	Buenos Aires	20-27202976-9	15-4563-8408	pasplug@hotmail.com
Transporte	RoccoBus s.a	Chenautn° 2107	1765	I.Casanova	Buenos Aires	30-71654708-2	11-6548-8886	contrataciones@imasalud.com.ar
Transporte	Soler Agustina Fernanda	Beron de Astrada 2723	1754	San Justo	Buenos Aires	27-33779173-0	15-3011-0306	transporteagustina17@gmail.com
Transporte	TI PRENDO	Pje Giuffra n° 241	1064	CABA	CABA	30-71574201-9	11-3302-0268	tiprendosrl@gmail.com
Transporte	Santucho Lucas Eduardo	O.Andrade 4687	1757	G.de Laferrere	Buenos Aires	20-38511901-2	11-53413914	transportemorena.santucho@hotmail.com
Transporte	Traslado EZ	J.M.de Rosas n° 23.715	1763	Virrey del Pino	Buenos Aires	30-71785040-4	11-6169-0145	trasladoez@gmail.com
Transporte	Vispo Monica	Gaboto n° 945	1766	La Tablada	Buenos Aires	27-24406574-6	11-6833-6141	contrataciones@imasalud.com.ar



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2021-120150982-APN-GCP#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Viernes 10 de Diciembre de 2021

Referencia: ANEXO IV - DISCAPACIDAD

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Digitally signed by Gestion Documental Electronica
Date: 2021.12.10 15:33:13 -03:00

Daniel Enrique Palumbo
Gerente
Gerencia de Control Prestacional
Superintendencia de Servicios de Salud

Digitally signed by Gestion Documental
Electronica
Date: 2021.12.10 15:33:13 -03:00