CARTILLA

DISCAPACIDAD

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD
CERVECERA Y AFINES

RNOS. 104 306

AÑO

2027

INSTRUCTIVO PRESTACIONAL

DISCAPACIDAD

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD
CERVECERA Y AFINES
RNOS. 104 306

AÑO
2027

INDICE

Pagina 03 Introducción
Pagina 04 Prestaciones básicas
Pagina 05 Contacto y presentación de documentación
Pagina 06 Orden de presentación de documentación
Pagina 07 Aclaraciones
Pagina 08 Prescripción medica
Pagina 09 Documentación a presentar
Pagina 10 Prestaciones brindadas por Instituciones
Pagina 11 prestación de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales
Pagina 12 Apoyo a la Integración Escolar
Pagina 13 Maestro de Apoyo
Pagina 14 Transporte
Pagina 16 Requisitos imprescindibles para la autorización de las prestaciones

---

Pagina 17 Formularios
Pagina 18 Hoja de verificación de documentos
Pagina 19 Resumen de Historia Cínica
Pagina 21 Formulario de datos personales
Pagina 22 Planilla de Asistencia
Pagina 23 Planilla de asistencia instituciones / apoyo a la integración escolar
Pagina 24 Informe Inicial
Pagina 26 Informe evolutivo / semestral
Pagina 29 Cronograma de actividades
Pagina 30 Formulario de libre deuda
Pagina 31 Nota de solicitud de cambio de prestador
Pagina 32 Escala FIM
Pagina 39 Anexo III

Pagina 43 Instructivo de Facturación
Pagina 44 Instrucciones de facturación
Pagina 46 Detalles de facturación
Pagina 47 Errores frecuentes
Pagina 48 Confección de factura

INTRODUCCIÓN

Estimado, el presente instructivo, tiene por finalidad ofrecer una guía para facilitar y agilizar la gestión de autorización de cobertura de prestaciones básicas para personas con discapacidad. Las que deben estar comprendidas en el nomenclador nacional; de acuerdo a la normativa vigente, dispuesta por un organismo competente.

En algunos casos, si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos médicos establecidos por la normativa vigente. Siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

No se recibirá documentación que presente tachadura y/o correcciones sin la respectiva enmienda con nuevo sello y firma.

Una vez, realizada la presentación completa de las prestaciones conforme al presente instructivo; se procederá a la notificación sobre el Estado de las Autorizaciones- informándose lo autorizado, periodo, y prestador. También, se informarán por el mismo medio- si se registrase documentación faltante o que requiere de rectificación.

Conforme a lo establecido en la Ley 24.901- art. 11; O.S.P.A.C.A., Resolución Conjunta 7/2024 RESFC-2024-7-APN-MS cuenta con un Equipo Interdisciplinario en Discapacidad, cuya función es la de Evaluar, Orientar y hacer Seguimiento de las prestaciones que se cubran por Discapacidad.

En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del área de Discapacidad, la misma tiene un tiempo de gestión y de evaluación para otorgar la Autorización. Asimismo, se notifica que no se liquidarán facturas cuya prestación no haya sido autorizada previamente, por lo cual, queda bajo la responsabilidad de los beneficiarios, profesionales y/o instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma.

Prestaciones básicas de Discapacidad

PRESTACIONES BÁSICAS LEY N° 24901

- Estimulación Temprana
- Prestación de Apoyo
- Módulo Maestro de Apoyo
- Maestro de Apoyo
- Módulo de Apoyo a la Integración Escolar (SAIE)
- Rehabilitación - Módulo Integral Intensivo
- Rehabilitación - Módulo Integral Simple
- Rehabilitación Hosp. De Día - Jornada Simple
- Rehabilitación - Hosp. De Día - Jornada Doble
- Rehabilitación - Internación
- Transporte - (Km)
- Centro de Día - Jornada Doble
- Centro de Día - Jornada Simple
- Centro Educativo Terapeutico - Jornada Doble
- Centro Educativo Terapeutico - Jornada Simple
- Formación Laboral -Jornada Doble
- Formación Laboral - Jornada Simple
- Aprestamiento Laboral - Jornada Doble
- Aprestamiento Laboral - Jornada Simple
- Escolaridad Pre Primaria - Jornada Doble
- Escolaridad Pre Primaria - Jornada Simple
- Escolaridad Primaria - Jornada Doble
- Escolaridad Primaria - Jornada Simple
- Hogar Permanente
- Hogar Lunes a Viernes
- Hogar con CD Lunes a Viernes
- Hogar con CET Lunes a Viernes
- Hogar Lunes a Viernes con Formación Laboral
- Hogar Lunes a Viernes con Pre Primaria
- Hogar Lunes a Viernes con Primaria
- Hogar con CD Permanente
- Hogar con CET Permanente
- Hogar Permanente con Formación Labora
- Hogar Permanente con Pre Primaria
- Hogar Permanente con Primaria
- Pequeño Hogar Lunes a Viernes
- Pequeño Hogar Permanente
- Residencia Lunes a Viernes
- Residencia Permanente

Contacto y presentación de Documentación

SE RECUERDA QUE EL **INGRESO DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA SU AUTORIZACIÓN, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA AL ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN QUE REALICE EL SECTOR DE AUDITORÍA EN DISCAPACIDAD. EL CUÁL SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS 30 DÍAS HÁBILES**. POR TAL MOTIVO, NO SE PODRÁN FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.

CONTACTO

- Discapacidad@oscervecera.org.ar / expedientesdisca@oscervecera.org.ar Pamela o Claudia
- 4862-2666 / 4581
- Whatsapp: 11 5952 7978

PRESENTACION DE DOCUMENTACION

- La documentación **se recibira via mail a (expedientesdisca@oscervecera.org.ar)** en formato **PDF unificado.** Debera estar en orden siguiendo las instrucciones que se encuentran el la proxima pagina y sera un archivo por prestacion, ejemplo a continuacion:



Psicologia
Maria Martinez.pdf



Fonoaudiologia
Maria Martinez.pdf



Documentacion de
Maria Martinez.pdf

IMPORTANTE:

- Documentacion que no cumpla con los requisitos o condiciones establecidas en este instructivo **sera rechazada de manera automática.**

- Debe enviarse al mail **expedientesdisca@oscervecera.org.ar** sin excepcion

Orden de Presentación de Documentación

BENEFICIARIO obligatorio*

- CUD VIGENTE
- DNI
- FORMULARIO DE DATOS PERSONALES
- CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR (SI CORRESPONDE) CON NUMERO DE CUE DE LA INSTITUCIÓN

MEDICO obligatorio*

- RESUMEN DE HISTORIA CLINICA
- PRESCRIPCIONES MEDICAS (UNA POR CADA TERAPIA)
- ESCALA F.I.M (SI CORRESPONDE)

PRESTADOR obligatorio*

- ANEXO III
- INFORME INICIAL O EVOLUTIVO (SEGUN LO QUE CORRESPONDA)
- PLAN DE TRATAMIENTO
- DNI
- COPIA DEL RNP
- CATEGORIZACION O INSCRIPCION (EN CASO DE SER CENTRO O INSTITUCION)
- CONSTANCIA DE CUIT
- CONSTANCIA DE CBU DE BANCO
- TITULO PROFESIONAL FRENTE Y DORSO

RECORDATORIOS

*Se debe presentar **todo unificado en un archivo en formato PDF**. **Sera un PDF por prestacion**, toda la documentacion es obligatoria.*

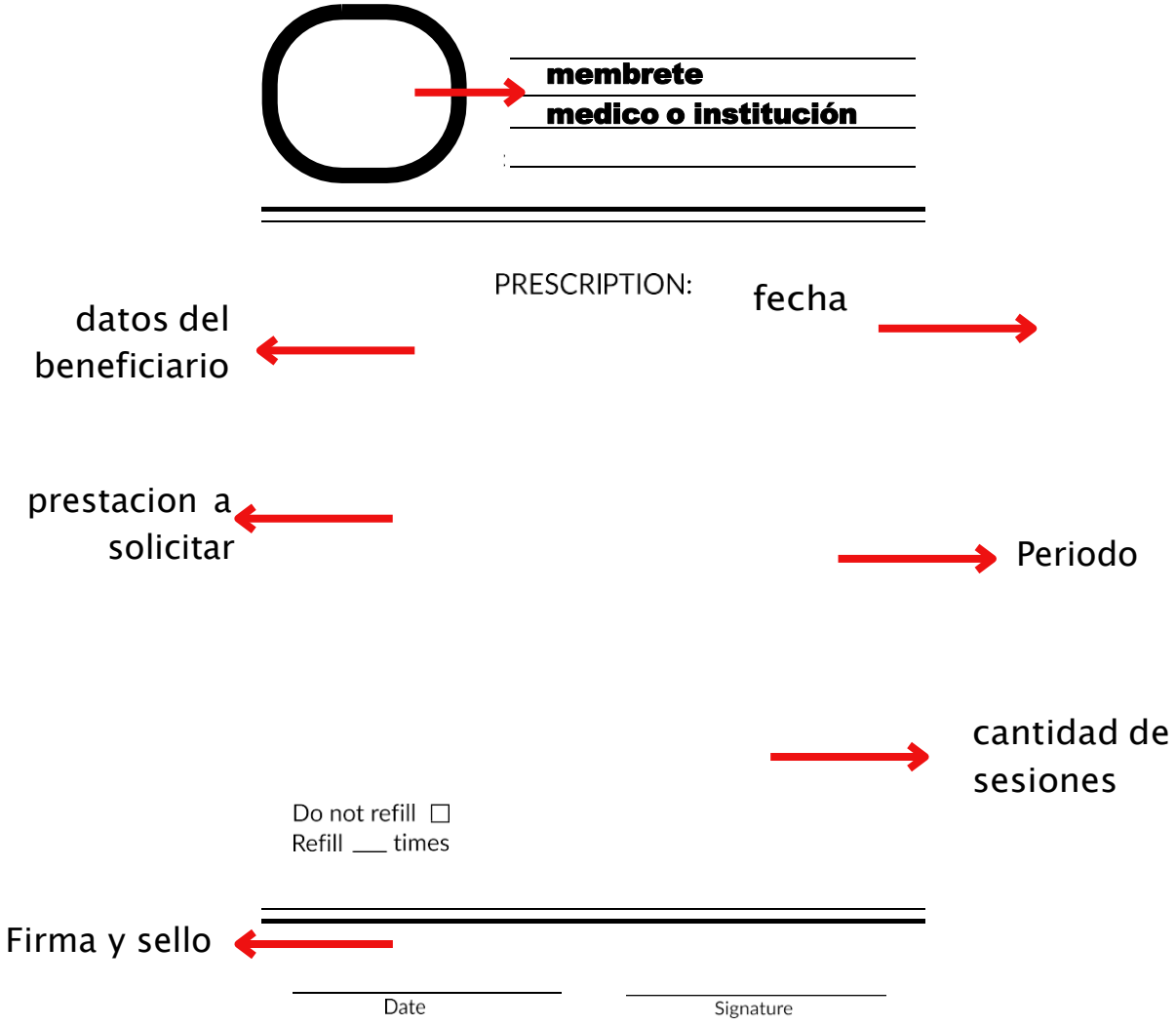
*La presentacion de **la escala FIM no implicara la dependencia del beneficiario**, ya que la misma esta sujeta a evaluacion y/o justificacion segun el puntaje.*

ACLARACIONES IMPORTANTES:

- Toda documentación médica **debe estar firmada y sellada por el médico tratante**
- Las ordenes medicas / prescripciones deben contar con el membrete.
- Las ordenes medicas/ prescripciones deben **estar hechas minimo 25 dias antes del periodo prestacional solicitado.**
- Toda documentación del prestador **debe estar firmada y sellada por el profesional**
- El anexo y el consentimiento debe contar con la **firma del beneficiario o del adulto responsable**
- El CUD que se presente debe ser **una copia vigente**
- La autorización se debe solicitar por mail **pasado los 30 días de recibida la documentación.**
- Los prestadores **no pueden empezar los tratamientos sin la autorización**, de lo contrario no se reconocerá la facturación.
- El adulto responsable o padre del beneficiario con CUD **debe contar con una copia de los archivos del expediente.**
- No se recibirán documentos con firmas digitales o fotografías.
- La **escala FIM estara sujeta a evaluacion** para verificar que corresponda la dependencia del beneficiario basado en puntaje y diagnostico.
- Documentacion que **no cumpla con los requisitos y/o formas de presentacion sera automáticamente rechazada.**

• Prescripción Medica

IMPORTANTE: **LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS TIENEN QUE TENER FECHA ANTERIOR AL PERÍODO DE PRESTACIÓN SOLICITADO (Por ejemplo, si la prestación se solicita de febrero a diciembre de 2027, la fecha del pedido médico debe ser de enero de 2027 o diciembre 2026)** . Las prescripciones deben ser confeccionadas por el médico tratante del beneficiarios, NO es un requisito que el mismo forme parte de la cartilla (puede ser de un efector público o consulta particular). La especialidad corresponderá a la atención de la patología discapacitante, pudiendo ser: clínico, pediatra, neurólogo, entre otros. La prescripción medica NO puede estar hecha por un medico de centro o institución,



Documentación a presentar

PRESTADOR

Las prestaciones pueden ser reagrupadas en:

- 01. Prestaciones brindadas por instituciones (escuelas especiales, centros educativos terapéuticos, formación laboral, centros de rehabilitación, centros de día, hogar, etc).
- 02. Prestaciones de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, etc).
- 03. Apoyo a la integración escolar (brindada por una institución).
- 04. Maestro de Apoyo (brindada por un profesional independiente).
- 05. Transporte.

IMPORTANTE

Trabajamos a través de mecanismo de integración, por lo tanto los prestadores deben estar registrados en el RNP, a excepcion de Maestras de Apoyo y Transporte.

Al igual que todos los centros e instituciones deben contar categorización que los habilite para dar las prestaciones solicitadas.

• Prestaciones brindadas por instituciones

ESCUELAS ESPECIALES, CENTROS EDUCATIVOS, TERAPÉUTICOS, FORMACIÓN LABORAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, CENTROS DE DÍA, HOGAR, ETC

01. En caso de solicitar dependencia de prestaciones en CET, Hogar de día, etc. Debe presentar la Escala FIM realizada por un terapista ocupacional.

02. Habilitación y categorización

03. ANEXO III *ver modelo en pagina 39*

04. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL *ver modelo en pagina 24* Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura (obra social, pre-paga, particular, etc) adjunte aquí una nota aclarando esta situación.

05. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, *ver modelo en pagina 26* (este informe debe contemplar todo el período anterior), MODALIDAD DE PRESTACIÓN, DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS CON LA PERSONA DE DISCAPACIDAD Y SU NÚCLEO DE APOYO, RESULTADOS ALCANZADOS (Este informe se deberá presentar en el caso de los tratamientos brindados en el año anterior)

06. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL DONDE CONSTE PERÍODO, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL ABORDAJE. Recordemos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

07. PRESUPUESTO

08. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DEPENDIENTE DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD.

09. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

10. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

• Prestaciones de Rehabilitación

POR SESIONES BRINDADAS POR PROFESIONALES INDEPENDIENTES (PSICOPEDAGOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, PSICOLOGÍA, ETC)

Los prestadores deben encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL ***ver modelo en pagina 24*** Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

02. NFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN EN EL CUAL CONSTEN: PERÍODO DE ABORDAJE, ***ver modelo en pagina 26*** (este informe debe contemplar todo el período anterior en el que se brindó la prestación.

03. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL dónde conste período, objetivos específicos y estrategias utilizadas en el abordaje. Recordamos que actualmente la modalidad de la prestación es PRESENCIAL.

04. PRESUPUESTO

05. REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP).

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

Las prestaciones de rehabilitación con profesionales independientes, en el marco de prestaciones de Apoyo o Módulos de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo, se autorizarán a partir de los 3 años de edad del beneficiario. Si el beneficiario es menor de tres años (1 a 3 años), deberá solicitar Módulo de Estimulación Temprana con Institución categorizada para dicha prestación.

• Apoyo a la Integración Escolar “Con Equipo”

BRINDADO POR LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL O CENTRO, AMBOS CATEGORIZADOS PARA BRINDAR ESTA PRESTACIÓN.

Las instituciones deben encontrarse inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud)

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE EL APOYO SE REALIZARÁ CON EQUIPO.

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

02. Anexo III *ver modelo en pagina 39*

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, en el cúal consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período del 2027 en el que se brindó la prestación. Ej. mar a dic 2027), modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor/Directivo de la escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo).

04. CATEGORIZACIÓN

05. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional tratante.

06. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

07. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

• Maestro de Apoyo

BRINDADO POR UN PROFESIONAL INDEPENDIENTE.

IMPORTANTE: EL MÉDICO DEBERÁ ACLARAR EN EL PEDIDO MÉDICO QUE SOLICITA MAESTRO DE APOYO.

01. INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL *ver modelo en pagina 24* Sólo se debe presentar si el beneficiario recibiera la prestación por primera vez. En el mismo deben constar los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. (Si el beneficiario recibiera la prestación con otra cobertura obra social, pre- paga, particular, etc adjunte aquí una nota aclarando esta situación)

02. INFORME EVOLUTIVO DE LA PRESTACIÓN, *ver modelo en pagina 26* en el cuál consten: período de abordaje, (este informe debe contemplar todo el período anterior al que se le brindo la prestación), modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona de discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzado.

03. ACTA ACUERDO firmada por familiar responsable/Tutor, Directivo de la Escuela y Prestador (tanto la Constancia como el Acta deberán ser presentados dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo)

04. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL con detalle curricular en caso de corresponder, confeccionada por el profesional.

05. TITULO HABILITANTE (Psicopedagogas, Psicólogas, Profesora de Educación Especial, Licenciada en Ciencias de la Eduación)

06. CERTIFICADO ANALÍTICO DE MATERIAS.

07. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

08. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

09. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR del beneficiario

10. ANEXO III *ver modelo en pagina 39*

• Transporte

IMPORTANTE: EL PEDIDO MÉDICO DE TRANSPORTE, DEBERÁ SER PRESCRIPTO Y FUNDAMENTADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN EL CUAL DEBERÁ APORTAR DATOS CLÍNICOS RELEVANTES, QUE IMPOSIBILITEN EL TRASLADO GRATUITO EN TRANSPORTE PÚBLICO DE PASAJEROS.

En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.

1. ANEXO III (HOJA 3) En el mismo debe constar Diagrama de Traslados con indicación de origen y destino de cada viaje. Cantidad de km. recorridos por viaje, por semana y por mes (ida y vuelta). Deberá contener firma, aclaración y DNI del transportista y del beneficiario con discapacidad /familiar responsable/tutor. **Conforme al formulario**, **debe presentar una hoja por cada traslado.**
ver modelo en pagina 39

02. MAPA DEL RECORRIDO SOLICITADO. Se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Punto de partida, destino y cantidad de kilómetros del recorrido.

03. HABILITACIÓN ACTUALIZADA de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado.

04. VTV DEL VEHICULO. vigente

05. LICENCIA DEL CONDUCTOR. vigente

06. PÓLIZA DE SEGURO.

07. CONSTANCIA DE CUIT (Inscripción en AFIP).

08. CONSTANCIA DE CBU emitida por el Banco.

09. JUSTIFICATIVO MEDICO que avale porque no puede utilizar transporte publico.

Importante: La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años

La Superintendencia de Servicios de Salud autoriza una cantidad máxima de kilómetros mensuales, hasta 1500KM, superado los mismos deben presentar certificado policial del domicilio del beneficiario y justificativo médico donde evidencie la falta de un prestador categorizado y de igual calidad prestacional en un radio territorial inferior y/o explicar las causales que justifiquen el traslado del beneficiario al prestador seleccionado.

IMPORTANTE: Según surge de la ley N° 24901 sus modificatorias y complementarias, se estableció que:

Art. 1 El valor de tramo corto en el transporte para personas con discapacidad, fijando como valor base de la prestación el equivalente a la cobertura de DOCE (12) Kilómetros ida y vuelta

Art.2 Determinase que el valor de dicho tramo variara conforme con las actualizaciones del valor del kilometro en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad

ACLARACIONES PARA TRANSPORTE

- Al solicitar el transporte para el beneficiario con CUD, la prescripción medica inicial se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público

- En caso de estar autorizada la dependencia, deben presentar el diagrama cuantitativo y cualitativo (escala FIM) y as u vez incluir en el diagrama de traslados los apoyos específicos que se brindan como dependencia.

- Se habilita el uso de la facturación Global para aquellos beneficiarios que concurren a distintos domicilios de terapias, la misma debe estar confeccionada con detalle y especificación de kilómetros, se sumaran la cantidad total de kilómetros todos los traslados mensuales siempre y cuando coincidan con el diagrama presupuestado.
  ver ejemplo en página

• Requisitos imprescindibles para la autorización de las prestaciones

01. En caso de solicitar las prestaciones de Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo, el pedido médico debe detallar cuáles y cuántas sesiones se brindarán en el mismo.

02. Cada institución o prestador se hace cargo de su capacitación, supervisión y/o coordinación, no pudiendo transferir el costo a la Obra Social.

03. Todos los prestadores, sean instituciones o no, deberán presentar Informes de Evolución SEMESTRALMENTE. En los mismos, se debe detallar los logros alcanzados y las necesidades particulares evaluadas.

04. Las necesidades educativas especiales que requieran los niños para el adecuado desenvolvimiento en las actividades escolares, se encuentran contempladas dentro de las Prestaciones Básicas de Personas con Discapacidad (Res. 1328/2006 y 428/99) ÚNICAMENTE en los siguientes módulos:
A) Integración Escolar con equipo.
B) Maestra de Apoyo.

Para cambio de prestador se requiere:

· Nota de solicitud de cambio de prestador. ***ver modelo en pagina 31***

· Toda la documentación del nuevo prestador, incluido el informe de evaluación inicial (excepto en caso de transporte). ANEXO III – Conformidad Prestación Año 2027

FORMULARIOS

O.S.P.A.C.A.
OBRA SOCIAL PERSONAL ACTIVIDAD CERVECERA Y AFINES

HOJA DE VERIFICACIÓN

Recuerde que todo lo solicitado es indispensable para autorizar prestaciones.

Humahuaca 4072 – CABA
4862-458 / 2666
discapacidad@oscervecera.org.ar

Obra social del personal de la **actividad cervecera y afines.**

RNOS. 104306

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

DOCUMENTACION PERSONAL

Tildar lo que corresponda

- ☐ CUD VIGENTE
- ☐ Constancia de alumno regular en caso de estar escolarizado.

DEL MEDICO

Tildar lo que corresponda

- ☐ Resumen de historia clinica
- ☐ Prescripciones medicas

DEL PRESTADOR

Tildar lo que corresponda

- ☐ Informe de evaluación Inicial (sólo en caso de una nueva prestación).
- ☐ Informe evolutivo de la prestación (para prestaciones ya solicitadas)
- ☐ Plan de abordaje individual.
- ☐ ANEXO III
- ☐ Constancia de CUIT (Inscripción en AFIP)
- ☐ Registro Nacional de Prestadores (RNP)
  En caso de Institución: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.
- ☐ En caso de solicitar dependencia (Hogar, CET, Centros de Día, Transporte): Formulario F.I.M

TRANSPORTE

Tildar lo que corresponda

- ☐ Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el trabajo
- ☐ ANEXO III
- ☐ Mapa recorrido.
- ☐ Constancia de CUIT (Incripción en AFIP)
- ☐ Constancia CBU emitida por el Banco
- ☐ VTV, licencia del conductor y póliza de seguro.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

**OBLIGATORIO*

Apellido y Nombre

DNI

EDAD

SEXO

Dx:

Antecedentes de salud:

Estado actual:

Medicacion:

Plan terapeutico

Firma y sello del medico tratante

Firma y sello del medico auditor

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES

BENEFICIARIO CON CUD

**OBLIGATORIO*

APELLIDOS Y NOMBRES

CUIL

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO

CALLE

N°

PROVINCIA

LOCALIDAD

CP

TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES

CUIL

PREFIJO

NUMERO

PARENTESCO

DOMICILIO

CALLE

N°

PROVINCIA

LOCALIDAD

CP

PLANILLA DE ASISTENCIA

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS. 104306

OBLIGATORIO

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

PERIODO

PRESTACION

FECHA	FIRMA PRESTADOR	FIRMA ADULTO RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO
DEL PRESTADOR

ACLARACION Y DNI DEL ADULTO RESPONSABLE

PLANILLA DE ASISTENCI A

INSTITUCIONES/ APOYO A LA INTEGRAC ION

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS.104306
**OBLIGATORIO*

NOMBRE Y APELLIDO

DNI PERIODO

PRESTACIÓN:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
16	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**
31														

- ***Marcar con P los días que el beneficiario estuvo Presente***
- ***Marcar con A los días que el beneficiario estuvo Ausente***
- ***Marcar con S los días Sábado***
- ***Marcar con D los días Domingo***

FIRMA Y SELLO DEL
PRESTADOR

ACLARACION Y DNI
DEL ADULTO RESPONSABLE

INFORME INICIAL

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS.104306
***OBLIGATORIO**

Se solicita en aquellos casos que el paciente está comenzando un tratamiento nuevo o si cambia de prestador

Fecha:	Prestacion:
Nombre y Apellido:	
Documento N°:	Edad:
Diagnóstico CUD:	

Descripción detallada del estado clínico del paciente al momento de evaluarlo por primera vez (características particulares de su personalidad, modo de relacionarse con el profesional, observaciones en base a la información recabada en las entrevistas preliminares)

Mencionar los aspectos del paciente (áreas funcionales/del desarrollo) en los que se observan dificultades.

Hoja 1/2

Fortalezas del paciente: mencionar aquellas áreas / funciones conservadas:

¿Qué instrumentos de valoración fueron aplicados? ¿Qué técnicas/ Test se utilizaron?

Resultados del proceso de evaluación/Observaciones a destacar:

Firma y sello del prestador

Aclaración

Hoja 2/2

INFORME EVOLUTIVO

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS.104306
***OBLIGATORIO**

Informe evolutivo **debe presentarse cada 6 meses**
Se solicita para los casos en que la prestación es una continuidad de años anteriores y será llevada a cabo con el mismo prestador. Debe dar cuenta del recorrido realizado a lo largo del año de tratamiento

Fecha:	Prestacion:

Nombre y Apellido:

Documento N°:	Edad:

Diagnóstico CUD:

¿Se observa evolución favorable? _____

¿En qué aspectos ha mejorado? _____

_____

_____

_____

_____

¿Qué áreas/ aspectos aún debe continuar trabajándose? _____

_____

_____

_____

_____

¿En qué objetivos se trabajó puntualmente?

Mencionar algunas de las actividades realizadas con el paciente

Teniendo en cuenta el Plan de tratamiento propuesto, ¿Qué objetivosse lograron y cuáles no?

¿Por qué motivo, qué dificultades se presentaron?

Intervenciones realizadas con el paciente y su núcleo de apoyo / familia

Firma y sello del prestador

Aclaración

Hoja 3/3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS.104306

**OBLIGATORIO*

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

EDAD

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
8:00HRS						
9:00HRS						
10:00HRS						
11:00HRS						
12:00HRS						
13:00HRS						
14:00HRS						
15:00HRS						
16:00HRS						
17:00HRS						
18:00HRS						
19:00HRS						

FIRMA BENEFICIARIO / ADULTO RESPONSABLE

De mi mayor consideración:

Por medio del presente dejo constancia que la Obra Social del Personal De la Actividad Cervecera y Afines no mantiene ninguna deuda con este prestador en concepto de pago de las prestaciones brindadas hacia los beneficiarios de la misma en el periodo prestacional comprendido entre:

Enero a Diciembre Año

Elevo la presente para dar cumplimiento a la normativa dispuesta en la Resolución 360/2022

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

Razón Social

CUIT

FIRMA Y SELLO
PRESTADOR

*El formulario de libre deuda se presenta por el prestador cuando haya terminado el periodo contable del año.

NOTA DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PRESTADOR

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS. 104306

Fecha

Beneficiario

DNI

Por medio de la presente dejo en constancia la solicitud de la baja de prestación del profesional y/o institución

quien ejercía la prestación de

a partir de la fecha

Solicito nueva alta de dicha prestación a cargo de

a partir de la fecha

....

FIRMA ACLARACIÓN DNI / CUIL

REGISTRO DE FIRMAS
PERSONAS AUTORIZADAS

Obra social del personal de la
actividad cervecera y afines.
RNOS. 104306

Completar en esta planilla la firma, aclaración y DNI de aquellas personas o familiares autorizadas para firmar las planillas de asistencia o conformidad, las mismas serán comparadas mensualmente.

Parentesco / relación

FIRMA	ACLARACIÓN	DNI

Parentesco / relación

FIRMA	ACLARACIÓN	DNI

Parentesco / relación

FIRMA	ACLARACIÓN	DNI

Yo,_____ titular de la obra social y representante del beneficiario_____, declaro que los datos presentados en este registro son de personas que constan de mi confianza y autorización para firmar cualquier requerimiento prestacional de Discapacidad.

_____

FRIMA

F. I. M. - (Medida de Independencia Funcional)

Apellido y Nombre:
D.N.I.:
Nº de Carnet:
Diagnóstico:
Edad:
Institución:
Fecha de Ingreso a la Institución:
Modalidad:

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

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 Auditoria del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoria en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ 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.

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	**7**
Independiente con adaptaciones	**6**

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	**5**
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	**4**
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	**3**
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	**2**
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	**1**

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	

4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACION	
14	COMPRENSION	
15	EXPRESION	
	CONEXION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE F. I. M. TOTAL	

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1 - ALIMENTACION

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que medidas se han tomado para superar la situación.

2 – ASEO PERSONAL

Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene?

3 – HIGIENE

Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4 – VESTIDO PARTE SUPERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

5 – VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocarrísticas de la dependencia.

6 – USO DEL BAÑO

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7 – CONTROL DE INTESTINOS

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

8 – CONTROL DE VEJIGA

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9 – TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS

Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié.
Grado de participación del paciente.

10 – TRANSFERENCIA AL BAÑO

Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11 – TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12 – MARCHA / SILLA DE RUEDAS

Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13 – ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones.

14 – COMPRENSION

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc..

15 – EXPRESION

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16 – INTERACCION SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17 – RESOLUCIONES DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos

18 – MEMORIA

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

EVALUACION INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

FIRMA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES

ANEXO III

MODELOS DE PLANILLAS

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____Teléfono: _____

Beneficiario: _____DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar:_____

Tipo de jornada a realizar: _____Categoría: _____

Período: desde: _____hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____Monto por Sesión: _____

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: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: …../……/……..

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (……) Nº ……., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. **Prestación**: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde_____hasta_____

2. **Prestación**: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____

3. **Prestación**: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____

4. **Prestación**: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____hasta_____

Firma: ……..

Aclaración: ……

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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: ……..

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: _____/_____/_____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____Póliza N°: _____

Beneficiario: _____DNI: _____

Período: desde: _____hasta: _____

Diagrama de traslado:

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: …../……/……..
Apellido y nombre del beneficiario:
Número de Afiliado/DNI:
Yo …….con Documento Tipo (…….) Nº ……., doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde ……..hasta…….. .

Firma: ……
Aclaración: …….

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de……

Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.
Firma: …….
Aclaración: …….
Documento: ……

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-2021-109593860-APN-SSS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Jueves 11 de Noviembre de 2021

Referencia: ANEXO III - Resolución - Expediente Electrónico EX-2021-45141065- -APN-SSS#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.

GABRIELA FABIANA BARROS
Coordinadora
Superintendencia de Servicios de Salud

INSTRUCTIVO DE
FACTURACIÓN

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2027

Instrucciones de facturación

Sres. Prestadores

Tengan en consideración las siguientes instrucciones al momento de iniciar una prestación con un beneficiario de nuestra Obra social. La documentacion debe estar completa al momento de recibir el expediente. La cartilla de prestadores es abierta

NO pueden empezar las prestaciones sin tener la autorización de la obra social

Los pagos se realizan a través de mecanismo de integración a 60 días de cargada la factura en nuestro sistema Web

Se reconocerán solo las sesiones solicitadas en la prescripción medica

La factura debe ser B o C, No corresponde discriminar IVA, ni Ingresos Brutos

Con la primera factura deben mandar comprobante de CBU emitida por el banco o impresa desde el home banking y adjuntarla en el sistema Web

Solo se recibirán aquellas facturas que cuenten con la planilla de asistencia

No se aceptará en la misma factura distintos beneficiarios. La factura es por prestación y por beneficiario

No se aceptará enmiendas, tachaduras, o cambio de Tinta, ni firma digital, foto de la firma, ni recortada y pegada

Una vez percibido el pago deberán presentar via mail los comprobantes cancelatorios correspondientes. En caso de que el tipo de factura emitida haya sido “C” el recibo que la cancele debe ser “Recibo X"

Los prestadores, centros e instituciones, deben enviar informes semestrales evolutivos. El primero se envia en Julio con la factura de Junio, y luego en Enero on la factura de Diciembre

Deben estar atentos a los aumento establecidos en el Boletín oficial (nomenclador de discapacidad)

En caso de variaciones del nomenclador si el prestador ya realizo la facturación del periodo, solo debe hacer una sola factura por el ajuste, caso contrario debe realizar una sola con el valor actualizado en el aumento

Las consultas o reclamos de pagos deben enviarlas al mail de **pagos@oscervecera.org.a**r

Los recibos deben enviarse via mail a **pagos@oscervecera.org.ar**

TOMAR EN CUENTA

Modulo Maestra de Apoyo

El valor de Modulo Maestra de Apoyo corresponde a una jornada laboral comprendida entre 8 a 20hrs semanales.

De ser menos horas, corresponde el monto del Valor de Maestra de Apoyo, el cual se factura por hora.

CET

Si el beneficiario asiste a Jornada Doble no corresponde facturar alimentación.

En caso de asistir jornada Simple, se facturara alimentación por separado, es decir, una factura por el cet y otra por alimentación

Transporte

Se considera tramo corto aquellos traslados ida y vuelta inferiores a 12KM.
Por lo cual corresponde facturar en esos casos el equivalente al valor de 12 KM.

En caso de superar los 12 KM, facturar a valor que corresponde.

Detalles de Facturación

DEBE CONTENER LO SIGUIENTE

- Fecha de emisión
- Estar extendidas a nombre de: OSPACA (obra social del personal de la actividad cervecera y afines)
- DOMICILIO: **HUMAHUACA 4072, CABA, CUIT: 30-63976034-7(INDISPENSABLE)** COMO ALTERNATIVA DE DOMICILIO SE PUEDE USAR **COCHABAMBA 732 , CABA**
- Condición IVA: Exento
- **Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario. (INDISPENSABLE)**
- Período facturado (mes y año facturado)
- Prestación brindada (según autorización)
- Cantidad de sesiones o tipo de jornada
- En caso de módulo Integral Intensivo o Módulo Integral Simple detallar las sesiones brindadas
- Categoría (A-B-C) en caso de Institución
- Importe unitario (valor por sesión o del módulo)
- Importe total
- Firma y sello
- Nº de C.A.E. pre-impreso (INDISPENSABLE)
- Porcentaje de dependencia *si corresponde*
- Porcentaje de Zona Desfavorable *si corresponde*

IMPORTANTE

Los prestadores deben presentar el formulario de libre deuda en un periodo de facturación semestral, es decir, uno a mitad de año facturado y el otro al otro cierre del año contable. ***Ver modelo en pagina 30***

Errores frecuentes

EVITAR LO SIGUIENTE:

- Error u omisión en los datos de la factura (DNI del beneficiario, categoría de la institución, periodo, etc.)
- Falta de planilla de asistencia
- Falta de presentación de recibos X cancelatorios de todas las trasferencias recibidas por sistema de integración.
- Falta de documentacion solicitada anteriormente
- Falta de comprobante de CBU
- Error de monto a facturar, siempre deben asegurarse del monto establecido en el Nomenclador de Discapacidad publicado en el BORA.

De ocurrir algunos de estos errores solo podrá ser reemplazada la factura dentro de los 30 días de rechazo junto con la Nota de Crédito

En caso de no contener los datos mencionados en el detalle, las facturas serán rechazadas

Las facturas deben ser emitidas y cargadas en nuestro sistema Web del 1 al 10, posterior a esa fecha pasaran al mes siguiente

Los recibos, libre deuda, reclamos y consultas por pagos, deben enviarse a **pagos@oscervecera.org.ar**

• Confección de factura

La facturación debe estar con los datos correctos, se notifica que **en caso de facturar dependencia o facturar Zona desfavorable, debe estar especificado el monto dentro del valor de la sesión o del km en caso de transportistas.**

Monto por dependencia 35% - Monto zona desfavorable 20%

Ejemplo de facturación

Período Facturado Desde: 01/06/2023 **Hasta:** 30/06/2023 **Fecha de Vto. para el pago:** 01/07/2023

CUIT: 30639760347 **Apellido y Nombre / Razón Social:** OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD CERVECERA Y AFINES

Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento **Domicilio:** Cochabamba 732 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires

Condición de venta: Otra

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	HONORARIOS CORRESPONDIENTES A LA PRESTACION DE PSICOLOGIA EN EL MES DE JUNIO 2023 AF: DNI: SEGUN RESOLUCION CONJUNTA N° 4/2023	20,00	unidades	3856,98	0,00	0,00	77139,60

Ejemplo de facturación transportista

Se calcula el valor del Km por la cantidad de Km recorridos en el mes. No podrá excederse de los km autorizados

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
001	Traslado a DNI: Desde su domicilio en calle 44 No 195 1950/1988 Km 1.5 Campana Buenos Aires. Ida y vuelta, Jornada simple. Cantidad de dias: 21 Cantidad de km diarios:63.4 Cantidad de km mensuales: 1394.8 Con dependencia. Valor del km: $707.94	1331,40	km	707,94	0,00	0,00	942551,32

Confección de factura

Ejemplo de facturación global para transportistas

En la factura global se habilita facturar la suma total de los kilómetros en traslados mensuales, la misma deberá estar acompañada del detalle y planilla de asistencia donde indique donde lo lleva y que dias.

CANTIDAD	DESCRIPCIÒN	Cantidad	valor Un.	Total
1	**Traslado del beneficiario xxxxxxx DNI xxxxxx, en el mes Febrero 2024., desde domicilo: xxxxxxxxx hasta: centro xxxxxxxxxxxxx Psicología 2 veces por semana 50km mensuales Fonoaudiología 2 veces por semana 50km mensuales Escolaridad de Lun a Viernes 120km mensuales Kilómetros totales mensuales: 220km * Valor kilometro $524,25** PERIODO 09/2024	**220 km**	**$524,25**	**$115,6335**

Ejemplo de facturacion Centros o instituciones

Las facturas deben detallar siempre los datos del beneficiario (Nombre, Apellido y DNI) , Nombre de prestación (Centro Educativo Terapéutico, SAIE) también debe aclarar la modalidad de prestación (Jornada doble, jornada Simple) y Categoría del establecimiento (Categoría A, Categoría B).

CANTIDAD	DESCRIPCIÒN	IMPORTE UNITARIO	TOTAL
1	KLOSS XXXXXXXXX DNI 51.[illegible] XXXXXXXXX AFILIADO OBLIGATORIO 0177824000 21 CATEGORIA (A) CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO JORNADA DOBLE CON DEPENDENCIA. ARANCELES NOMENCLADOR AGOSTO 2024 IF-2024-90668994-APN-DNPYRS#AND PERIODO 09/2024	1015856,58	1015856,58

Instructivo de Carga de Facturas por sistema web (QR)

Actualmente contamos con un sistema donde los prestadores van a poder acceder a través de Usuario y Clave y poder cargar las facturas de sus prestaciones realizadas en el mes. Te indicamos el paso a paso de como realizarlo.

Para ingresar al sistema de carga de facturas debes ir http://ospacaweb.ddns.net:7777/home , podes copiar y pegar el link en el buscador, o si estas viendo este documento desde una computadora o celular, podes hacer click en el link.

Información Importante

Si ya antes facturaste para Ospaca Cerveceros, es muy probable que te encuentres registrado. En caso de no estarlo por favor enviá un mail a d**iscapacidad@oscervecera.org.ar** para poder generarte un nuevo usuario.

Te recordamos que el formato de las facturas cuentan con dos tipos, las que están hechas a través de Afip y las que no cuentan con un formato Afip, dependiendo del cual sea tu caso presiona lo que corresponda.

1) Factura QR Integración: Será utilizado para todas aquellas facturas que ingresen a través del módulo de Qr.

2) Facturas Web Prestadores Manual: Será utilizado para aquellas facturas que no tengan un formato AFIP por lo que no ingresarán a través del módulo QR sino que ingresarán por la entrada de facturas manuales.

Ingreso a la Web

Se deberá ingresar a la Web de Selectum, debes ingresar con tu usuario y contraseña, **El usuario y la contraseña es el cuit del prestador.**

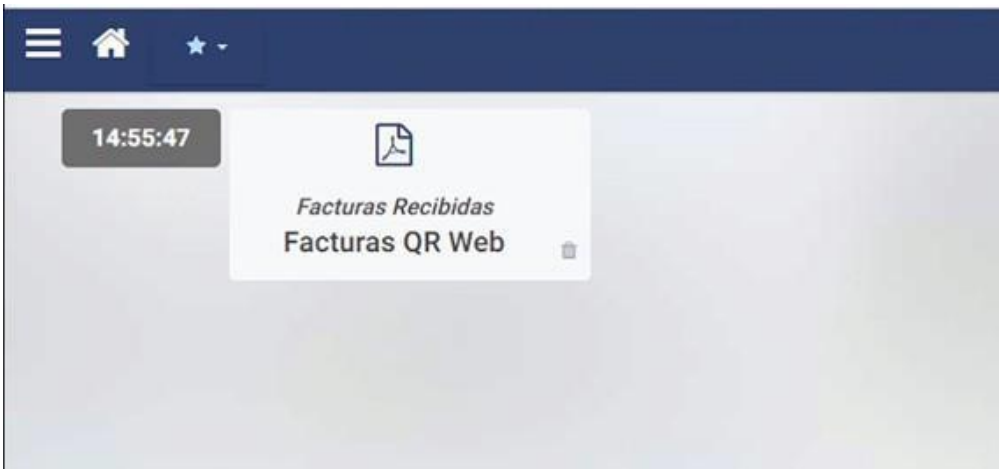
Ejemplo: **USUARIO: 27123456789**
CONTRASEÑA: 27123456789



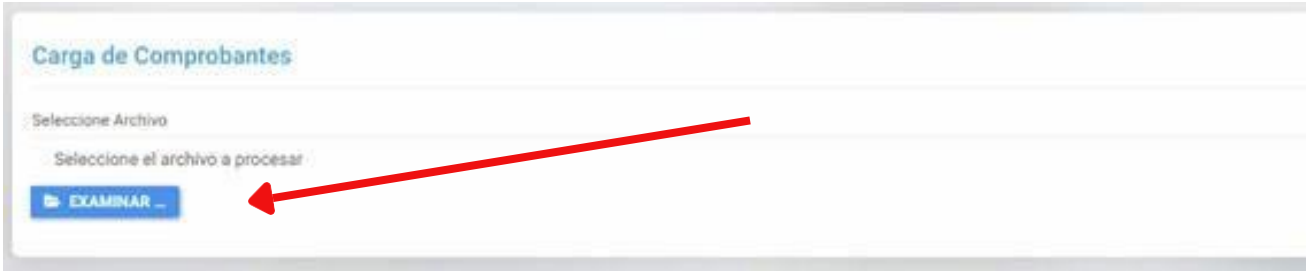
Para realizar la carga de las facturas a través del código QR, se deberá ingresar en el menú al apartado Facturas Recibidas en la opción Facturas QR Web:



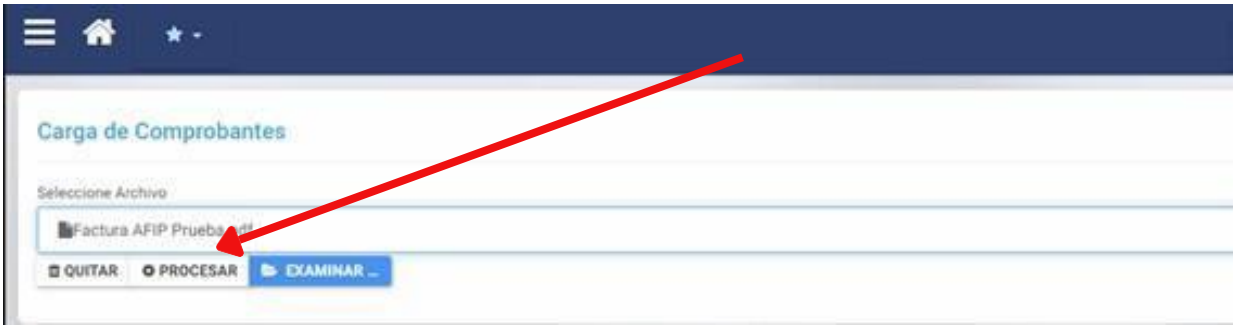
Al presionar la estrella que se encuentra a la derecha de la opción de menú, se podrá indicar la entrada como Favorito y, así, generar una tarjeta de acceso directo en la página principal de la plataforma tal como se muestra en la imagen que se encuentra a continuación:



Una vez dentro de la operación de carga de facturas, se desplegará la siguiente pantalla donde la entidad logueada deberá presionar el botón EXAMINAR con el fin de buscar en su ordenador el comprobante que desea procesar.



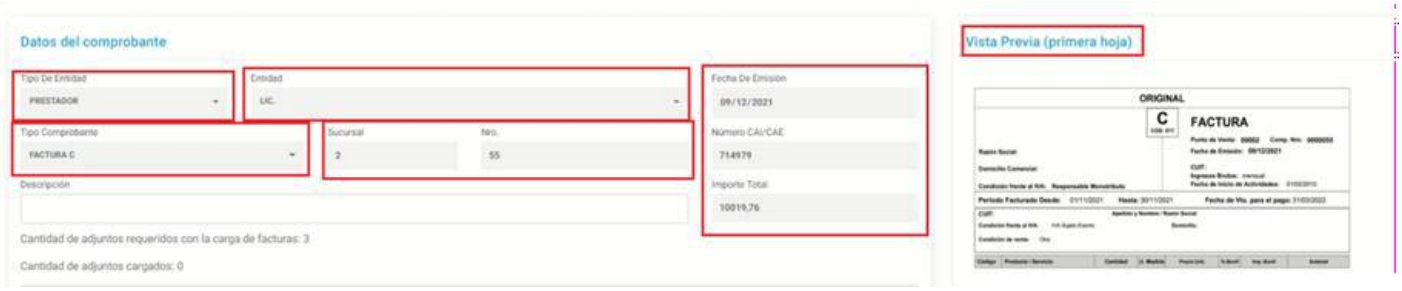
Cuando se haya elegido el comprobante a procesar en la plataforma, se deberá presionar el botón “Procesar”. En caso de que la entidad logueada haya elegido un archivo incorrecto, podrá presionar el botón “Quitar” para volver a escoger el archivo correcto.



Cuando se haya elegido el comprobante a procesar en la plataforma, se deberá presionar el botón “**Procesar**”. En caso de que la entidad logueada haya elegido un archivo incorrecto, podrá presionar el botón “Quitar” para volver a escoger el archivo correcto.

Procesar Archivo cargado

Al presionar Procesar, el sistema mostrará una pantalla con los datos que se ingresarán a través de la información contenida en el código Qr y, una vista previa de la factura a la derecha de la pantalla:



Una vez hecho esto, se deberá presionar el botón **GUARDAR** que se encuentra debajo del recuadro “Datos del comprobante” para confirmar la carga de la factura, si este botón no se presiona no se guarda la factura:



Al presionar el botón Guardar, el sistema habilitará un botón llamado “Adjuntar Archivos”, lo que permitirá a la entidad logueada el agregado de toda documentación respaldatoria de la factura que acaba de procesar:



Al ingresar al botón Adjuntar archivos, la plataforma desplegará una barra en el costado derecho donde se mostrarán todos los archivos adjuntos que contiene el comprobante que acabamos de procesar. Por defecto, aparecerá un archivo PDF que corresponde a la factura procesada:



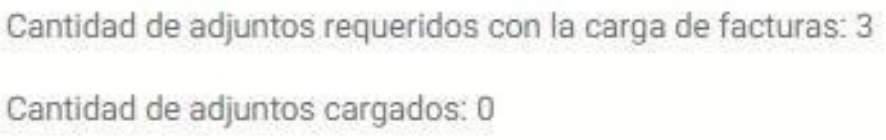
Para realizar la carga de archivos adjuntos, se deberá presionar el botón “Sel. Archivo” y escoger el archivo que deseamos adjuntar. Al elegir el archivo en nuestro ordenador, se deberá presionar el botón “Subir Archivo” para asociar el adjunto:



Las operaciones que se encuentran a la derecha de cada archivo adjunto son las siguientes:

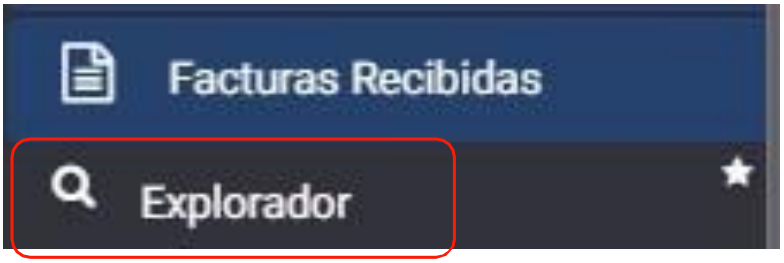
- Permite ver el adjunto asociado en una nueva pestaña
- Descarga el archivo adjunto
- Elimina el archivo adjunto

La cantidad de adjuntos que deberá ingresar la entidad logueada será definida por la Obra Social. La plataforma indicará la cantidad de requeridos y la cantidad de adjuntos que ya se encuentran asociados a la factura procesada:

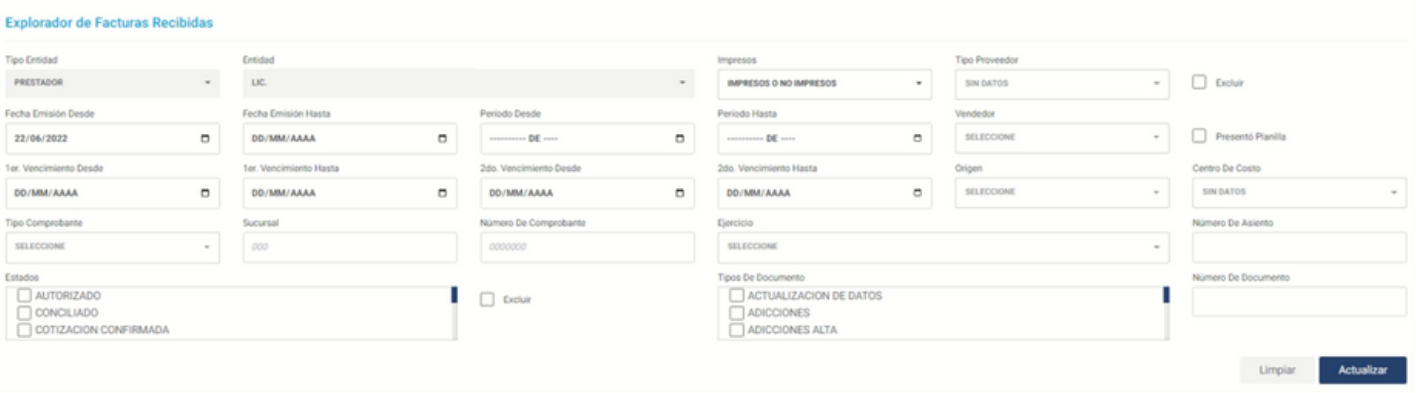


Visualización de archivo cargado

Para visualizar los comprobantes presentados por la entidad, se deberá acceder en el menú a la entrada Facturas Recibidas opción “Explorador”:



Al ingresar a dicha operación se desplegará la pantalla que se muestra a continuación:



La entidad logueada podrá hacer uso de todos los filtros de búsqueda que propone la pantalla. Por ej.: Nro. De factura, Tipo de comprobante, Fecha de emisión de la factura, etc.

Todos los filtros de la pantalla son combinables. No es necesario aplicar filtros para la búsqueda de comprobantes. Si se desea ver todos los comprobantes presentados, alcanza con presionar el botón Actualizar una vez dentro de la pantalla.

Al presionar el botón Actualizar, se desplegará una grilla con todas las facturas presentadas por la entidad logueada:



Para validar en qué estado se encuentra la factura, la entidad logueada deberá revisar la columna ESTADO. Los estados que puede reflejar la columna son los siguientes:

-INGRESADO: La factura ya se encuentra ingresada en el circuito administrativo de la Obra Social.

-PENDIENTE: La factura se encuentra a la espera de revisión por parte del personal de la Obra Social.

-DEVUELTO: La factura fue devuelta al prestador por no cumplir con algún punto solicitado por la Obra Social.

En caso que una factura se encuentre en estado DEVUELTO, la entidad logueada podrá verificar por qué motivo su factura no fue aceptada en la columna Descripción de la Grilla.

1)¿Qué hacer en caso que una factura se encuentre en estado DEVUELTO?: En caso que una factura presentada se encuentre en estado DEVUELTO, podrá ser modificada y enviada nuevamente a la Obra Social.

Lo primero que se deberá validar, es la columna Descripción para verificar por qué el comprobante no fue ingresado correctamente. Si el motivo es falta de documentación adjunta, la entidad logueada podrá adjuntar documentación a través de la operación que se muestra en la siguiente imagen:



Una vez hecho esto, la entidad logueada podrá volver a enviar el comprobante a la Obra Social para su aprobación a través de la operación que se muestra en la siguiente imagen:



Solo se podrán reingresar comprobantes que se encuentren en estado DEVUELTO.

En caso que el reingreso sea exitoso, la factura pasará de estar en estado DEVUELTO a estar en estado PENDIENTE.

Una vez hecho todo el proceso de carga, en caso de haber un rechazo de factura por algunos de los errores mencionados anteriormente, la Obra Social le enviara a la entidad vía mail un mensaje indicándole el motivo por el cual la factura se rechazo, ya sea porque no corresponde el envío o por que la factura se debe hacer nuevamente.

Agradecemos su mayor colaboración al leer atentamente las instrucciones detalladas en este documento, ya que la finalidad es informar e indicar de manera correcta para el buen uso del sistema. En todo caso pueden comunicarse vía mail al sector de discapacidad **(discapacidad@oscervecera.org.ar)**

Ante cualquier duda o problema con el sistema por favor comuniquese a la brevedad ya que el plazo de entrega se sigue respetando 1 al 10.

Atentamente sector
Auditoria Discapacidad
O.S.P.A.C.A
RNOS 104-306

REHABILITACIÓN AMBULATORIA

CABA

CERMI SALUD S.A.

SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FÍSICA, PSICOLOGÍA, TERAPIA

OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA.

SEDE CABALLITO AV. RIVADAVIA 4684

CUIT 30-70997309-2

Tel.: 4901-7800

Email: info@cermisalud.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CERCA REHABILITACIÓN PSICOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGÍA.

REP. BOLIVIANA DE VENEZUELA 1146 P* 3 (1095)

Tel.: 5032-2412 INT 1301

WhatsApp: 112510-1917

Email: info@cercaospana.com

CUIT 30-71717063-2

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CERMI SALUD S.A.

SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FÍSICA, PSICOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGÍA,PSICOPEDAGOGÍA.

SEDE PALERMO. AV. CÓRDOBA 3534 Tel.: 4862-0204

Email: info@cermisalud.com.ar

CUIT 30-70997309-2

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CENTRO CASABELLA

MORETO 732 (1407)

CUIT 30-70987349-7

Tel.: 4672-3643

Celular 152183 2018

Email: info@centrocasabella.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ZONA NORTE

DI CAPACIDAD

REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO PSICOLOGIA - PSICOPEDAGOGIA - FONOAUDIOLOGIA

CUIT: 30714969184

Mail: presupuestos@di-capacidad.com

PTE. PERON 3200 - PTE. DERQUI - PILAR

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CERMI SALUD S.A.

SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FÍSICA, PSICOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA CUIT 30-70997309-2 AV. PTE. PERÓN 1045 SAN FERNANDO

Tel.: 4725-5195

Email: info@cermisalud.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CERMI SALUD S.A.

SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FÍSICA, PSICOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA SEDE SAN JUAN DR. EIZAGUIRRE 2431 SAN JUSTO

CUIT 30-70997309-2

Tel.: 4651-2153

Email: info@cermisalud.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ZONA SUR

NIDO - REHABILITACIÓN FONOAUDIOLOGÍA - PSICOMOTRICIDAD – TERAPIA OCUPACIONAL

CUIT: 30717291081

Mail: prestaciones@centronido.com.ar

ROCA 220

REMEDIOS DE ESCALADA

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CENTRO DE REHABILITACION SUR FLORENCIO VARELA REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRALSIMPLE(SEMANAL) PSICOLOGÍA/TERAPIAOCUPACIONAL

CUIT: 30714388904

Mail: centrovareladisc@hotmail.com

AV SAN MARTIN 2536

FLORENCIO VARELA

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CENTIR REHABILITACIÓN

FONO / PSICOLOGIA / PSICOPEDAGOGIA

CUIT: 30649568266

Mail: info@centir.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

BOLIVIA 407 - LANUS

APRENDIENDO CERCA CANNING S.R.L.

KINESIOLOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA, PSICOLOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL.

MARIANO CASTEX 1277 CANNING (1804)

CUIT 30-71521419-5

Tel.: 2083-0078

Email: info@cercasalud.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

INSTITUTO DEL NIÑO S.R.L.

INDEPENDENCIA 144 SARANDÍ (1872)

CUIT 30-70774405-3 Tel.: 4265-4313/

4106 Email: direccion@ideni.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

LOGRANDO

CONSULTA MÉDICA EN REHABILITACIÓN, PSICOLOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, KINESIOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL, TERAPIA OCUPACIONAL SAN MARTÍN 1819 LUIS GUILLÓN (1838)

CUIT 30-71639416-2

Tel.:0117521-5162

Email: info@logrando.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ASSISTIRE

REHABILITACIÓN, PSICOLOGÍA, PSICOPEDAGOGÍA, FONOAUDIOLOGÍA, KINESIOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL, TERAPIA OCUPACIONAL

CUIT: 30715123971

contacto@assistire.com.ar

Av. H. Yrigoyen 7024 Banfield

4202-9842

2205-1847

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CAREI

CUIT: 33711558859

REHABILITACIÓN –FONOAUDIOLOGIA/PSICOLOGIA/PSICOPEDAGOGIA/TERAPIA OCUPACIONAL

Mail: consultas@centrocarei.com.ar

Calle 60 Nº558 - LA PLATA

ZONA OESTE

ANFI SALUD

PSICOLOGÍA - FONOAUDIOLOGÍA PSICOPEDAGOGÍA TERAPIA FÍSICA - TERAPIA OCUPACIONAL TUCUMÁN 1011 (1708) MORÓN

CUIT 30-71207401-5

Tel.: 4628 0172

Email: anfisalud@anfisalud.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

EITI MORENO

REHABILITACIÓN FONOAUDIOLOGIA/ PSICOLOGIA

CUIT: 30712215182

Mail: malvarezeiti@gmail.com

ALEM 2786 –

MORENO

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

APRENDIENDO CERCA CANNING S.R.L.

EP. BOLIVIANA DE VENEZUELA 1146 P* 3 (1095)

Tel.: 5032-2412 INT 1301

WhatsApp: 112510-1917

Email: info@cercaospana.com CUIT 30-71717063-2

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

CABA

CERCA

EP. BOLIVIANA DE VENEZUELA 1146 P* 3 (1095)

Tel.: 5032-2412 INT 1301

WhatsApp: 112510-1917

Email: info@cercaospana.com CUIT 30-71717063-2

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

BUENOS AIRES

ZONA SUR

LOGRANDO

SAN MARTÍN 1819 LUIS GUILLÓN (1838)

CUIT 30-71639416-2

Tel.: 7521-5162

Email: info@logrando.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

INSTITUTO DEL NIÑO S.R.L.

INDEPENDENCIA 144 SARANDÍ (1872)

CUIT 30-70774405-3

Tel.:4265-4313/4106

Email: direccion@indeni.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CENTRO DE DIA

CABA

CENTRO DE DÍA SANTA MARTA

JOSÉ ENRIQUE RODO 5661 MATADEROS (1440)

CUIT 30-71415592-6

Tel.: 4682-3004 /05 /09

Email: prestacionessantamarta@gmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CONFLUIR S.A.

SARANDÍ 1365 (1251) CUIT 30-71542376-2 Tel.: 4304-7161 Email: confluir.adm@hotmail.com Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ALERCES ALEGRA CENTRO DE DÍA SAS

NICETO VEGA 4967/4965 PALERMO (1414)

CUIT 30-71721420-7

Tel.: 11 6242-6448

Email: direccionalerces@gmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

UNIR SALUD SRL CENTRO DE DIA

BIARRIZ 1926 LA PATERNAL

CUIT: 30-7155622-3

Tel4581-9738

Email: grupounirsalud@gmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

GRAN BUENOS AIRES

ZONA NORTE

CENTRO DE DÍA CUMELEN

REPÚBLICA 5672 VILLA BALLESTER (1653)

CUIT 30-71191263-7

Tel.: 4768-6710/ 4767-7482

Email: administracion@centrodediacumelen.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ZONA SUR

BETANIA ENCUENTRO DE NIÑOS ESPECIALES CON JESÚS

SUIPACHA 240 TURDERA (1834)

CUIT 30-64954042-6

Tel.: 4231-5693

Email: betaniaturdera@yahoo.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CENTRO DE DIA Y HOGAR EVOLUCIÓN

E. DEL VALLE IBERLUCEA 4451 (1823) REMEDIOS DE ESCALADA

Tel.; 011 4202-5066

Email: evolucionsrl@hotmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CENTRO DE DÍA ARCO IRIS S.R.L.

MADARIAGA 374/ 386 SARANDÍ (1872)

CUIT 30-71155437-4

Tel.: 011 5279-3308

Email: administracion@grupoarcoiris.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

CABA

CET CURAPALIGUE S.A.

AV. CURAPALIGUE 726 PB (1406)

CUIT 33-71520758-9

Tel.: 2103-9598

Email: curapaligue@gmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

GRAN BUENOS AIRES

ZONA OESTE

MARENAS CET

LEANDRO N. ALEM 2653 MORENO (1744)

CUIT 30-71600047-4

Tel.: 0237 405-4192

Email: marenascet@gmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CTI PADUA CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO CAT.A

CUIT: 27123700401

Mail: ctipadua@gmail.com

AV DE LOS ESTUDIANTES 318/322 (EX ECHEVARRIA)

PADUA

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

VANPAI

DEFILIPPI 881/83/85 ITUZAINGO (1714)

CUIT 30-70882966-4

Tel.: 4623 2562

Email: vanpai_cet@yahoo.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

GRAN BUENOS AIRES

ZONA SUR

INSTITUTO DEL NIÑO S.R.L.

INDEPENDENCIA 144 SARANDÍ (1872)

CUIT 30-70774405-3 Tel.: 4265-4313/

4106 Email: direccion@ideni.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CET JUNTOS

CUIT: 33711697379

Teléfono 011 4238-7360 / 011 2063-9609

Email: info@cetjuntos.com.ar

Dirección: Quintana 2406 Burzaco

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

PRESTACIONES EDUCATIVAS

CABA

COLEGIO DE LA SALLE ASOC EDUCACIONISTA

AYACUCHO 665 (1026)

CUIT 30-52659526-9

Tel.: 011 4373-2760/ 4374-6449

Email: obrassociales@lasalleba.edu.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ESCUELA LOS ANGELES

CUIT: 33707666159

ANGEDUCAR SA

AV ENTRE RIOS 1956 - CABA

ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT.A

Mail:informes@losangeles.edu.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

GRUPO CAMINANTES - INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

ESTEBAN GASCÓN 1269 PALERMO (1181)

CUIT 30-67952869-2

Tel.: 4862-9541

Email: administracion@grupocaminantes.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

INSTITUTO GENESIS S.R.L.

H. DE LERMA 660 (1440)

CUIT 30-58513453-4

Tel.: 4771-9130/ 4777-1167

Email: institutogenesis@fibertel.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

INSTITUTO ORAL MODELO S.A

TTE. GRAL PERÓN 2239 (1040)

CUIT: 30-53502423-1

Tel.: 4951-3300

Email: info@iom.edu.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ZONA OESTE

ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y MODELO PABLO PICASSO

ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT.A

CUIT: 30708177772

Mail: info@escuelapicasso.com

26 DE ABRIL 3684

ITUZAINGÓ

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN SAIE

CABA

ARABELA APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

CUIT: 30716606453

Mail: info@institucionarabela.com.ar / renovaciones@institucionarabela.com.ar

GUEVARA 1594/98

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

L'ETOURDIT

MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

CUIT: 30712513353

Mail: letourditsaludmental@gmail.com

ASUNCIÓN 3245 - CABA

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CENTRO TERAPÉUTICO IVAR S.R.L.

AV. CORRIENTES 3547 P* 5 A

CUIT 30-71516715-4

Tel.: 011 6086-3696

Email: contacto@ivar.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ASOC. PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN ADEEI

MANUELA PEDRAZA 3195 (1429)

CUIT 30-69758694-2

Tel.: 4543-7838

Email: asociacion@adeei.org.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

GRAN BUENOS AIRES

ZONA NORTE

ASOC. PLATERITO PRO

F. MENDELSOHN 2349 HURLINGHAM (1686)

CUIT 30-53673871-8

Tel.: 4665-0333

Email: plateritocfl@hotmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

MOEBIUS

CUIT 27-23567609-0

DR H. TRAVI 404 ESCOBAR (1625)

Tel.: 0348 4420951

Email: gestionpacientes@moebiuscentroterapeutico.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ZONA OESTE

ANFI SALUD

TUCUMÁN 1011 (1708) MORÓN

CUIT 30-71207401-5

Tel.: 4628 0172

Email: anfisalud@anfisalud.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ZONA SUR

FLOR DE LIS SUR MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

CUIT: 30715123815

Mail: inclusionfdl@gmail.com

SAENZ PEÑA 675

JOSE MARMOL

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

LOGRANDO

SAN MARTÍN 1819 LUIS GUILLON (1838)

CUIT 30-71639416-2

Tel.: 011 7521-5162

Email: info@logrando.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs

ATAÑERINTEGRACIONES

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

CUIT: 30716229978

Mail: admisiones@pasil.com.ar

RIVADAVIA 437 - QUILMES

ASSISTENCIAL CENTRO DE APOYO INTEGRAL LA HUELLA

TOMÁS EDISON 1580 EL JAGUEL ESTEBAN ECHEVERRIA (1842)

CUIT 30-71623110-7

Tel.:23902323

Email: administracion@centrolahuella.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

FORMACIÓN LABORAL

CABA

GRUPO CAMINANTES- INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

ESTEBAN GASCÓN 1269 (1181)

CUIT 30-67952869-2

Tel.: 4862-9541

Email: administracion@grupocaminantes.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

COLEGIO DE LA SALLE ASOCIACIÓN EDUCACIONISTA

AYACUCHO 665 (1026)

CUIT 30-52659526-9

Tel.: 011 4373-2760/ 4374-6449

Email: obrassociales@lasalleba.edu.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

GRAN BUENOS AIRES

ZONA NORTE

ASOC. PLATERITO PRO

F. MENDELSOHN 2349 HURLINGHAM (1686)

CUIT 30-53673871-8

Tel.: 011 4665-0333

Email: plateritocfl@hotmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ZONA OESTE

BIZET FORMACIÓN LABORAL - JORNADA DOBLE - CAT A

CUIT: 30662414472

Mail: escuelaespecialhurlingham@hotmail.com

GUEMES 1667 - HURLINGHAM

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

ZONA SUR

INSTITUTO "JHAITI" SRL

FORMACIÓN LABORAL - JORNADA DOBLE CAT.A

CUIT: 30661727051

Mail: jhaiti.adm@gmail.com

AMEGHINO 552

MONTEGRANDE

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CREI - FORMACIÓN LABORAL - JORNADA DOBLE CAT.A

CUIT: 30696256574

Mail: administracion@crei.edu.ar / micaela.corrado@crei.edu.ar

ESMERALDA 5747 – VILLA BALLESTER

HOGAR

CABA

HOGAR INSTITUTO VENID

BOYACA 483 FLORES (1406)

CUIT 30-63992362-9

Tel.: 011 4633-0492

Email: venid@fibertel.com.ar

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

CONFLUIR S.A.

SARANDÍ 1365 (1251)

CUIT 30-71542376-2

Tel.: 4304-7161

Email: confluir.adm@hotmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.

GRAN BUENOS AIRES

ZONA SUR

HOGAR Y CENTRO DE DIA EVOLUCIÓN

E. DEL VALLE IBERLUCEA 4451 (1823) REMEDIOS DE ESCALADA

TEL; 011 4202-5066

Email: evolucionsrl@hotmail.com

Días de Atención L A V de 9 A 17 Hs.