

DISCAPACIDAD



Instructivo 2026

PARA BENEFICIARIOS Y PRESTADORES 2026

La Resolución 1743/2024 de la SSSalud es lo suficientemente clara con respecto a los requisitos y documentación, por lo que nosotros a modo de ejemplo y para facilitarles un formato dejamos este Instructivo, con modelos de planillas.

POR FAVOR LEER BIEN TODO Y QUIEN LO COMPLETA:

Página 2: Planilla de datos familiares del afiliado (OBLIGATORIA). **FAMILIA**

Página 3: Conformidad de las prestaciones. **FAMILIA**

Página 4: Solicitud de prestaciones. Modelo de Orden Única (PUEDE SER REEMP. POR ORDENES INDIVIDUALES) y resumen de historia clínica.

MÉDICO TRATANTE (NEUROLOGO, PEDIATRA O CLÍNICO SEGÚN EDAD)

Página 5: Solicitud de transporte (NO REEMPLAZA LA ORDEN MEDICA, DEBEN PRESENTARSE AMBAS).

FAMILIA

Página 6 y 7: Planilla FIM (Transporte). **MÉDICO TRATANTE (NEUROLOGO, PEDIATRA O CLÍNICO SEGÚN EDAD)**

Página 8: Presupuesto de TERAPIAS, CENTROS, ETC. **PROFESIONALES**

Página 9: Presupuesto de TRANSPORTE. **TRANSPORTISTAS**

Página 10: Planilla de ASISTENCIA A TERAPIAS. **PROFESIONALES Y FAMILIA (AMBAS FIRMAS)**

Página 11: Planilla de ASISTENCIA DE TRANSPORTE. **TRANSPORTISTAS Y FAMILIA (AMBAS FIRMAS)**

Página 12: Planilla de INFORMES DE EVALUACIÓN INICIAL (Centros, Cet, Escuelas e Instituciones, OBLIGATORIO) **PROFESIONALES**

Página 13: Planilla de INFORME EVOLUTIVO (se debe presentar en JULIO y DICIEMBRE) **PROFESIONALES** Página 14 y 15: DOCUMENTACION A PRESENTAR PARA CADA PRESTACION. OBLIGATORIO Y EN ESE ORDEN ESPECIFICO. **PRESTADORES TANTO PROFESIONALES COMO TRANSPORTISTAS.**

Página 16 y 17: ANEXO DE FACTURACION SOLO PARA QUIENES BRINDAN LA PRESTACION.

PRESTADORES TANTO PROFESIONALES COMO TRANSPORTISTAS.

Página 18: INFORMACION IMPORTANTE

1º PARTE: REQUISITOS A CUMPLIR POR EL/LA AFILIADO/A



A fin de cumplimentar los requisitos dispuestos por el SUR en sus normativas, se solicita la siguiente información en un **PLAZO**

NO MENOR A 15 DIAS PREVIOS A LA INICIACION DEL TRATAMIENTO:

ADJUNTAR PEQUEÑO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Y PEDIDO MEDICO PARA EL AÑO VENIDERO.

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ Nº BENEFICIARIO (CUIL-carnet): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

(Si no es argentino indicar fecha de ingreso al país)

ESTADO CIVIL: _____
(soltero-casado-divorciado-viudo)

DOMICILIO ACTUAL: _____

LOCALIDAD: _____ CP: _____ PROVINCIA: _____

MAIL: _____

TELEFONO CONTACTO: _____
(Obligatorio)

CELULAR: _____

TRABAJO: _____

DATOS DEL TITULAR (recibo de sueldo)

CUIL DEL TITULAR: _____ CUIT DEL EMPLEADOR: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ DOMICILIO DEL EMPLEADOR: _____

CUANDO EMPEZÓ A TRABAJAR: _____

Se debe adjuntar escaneado: carnet del titular, carnet del afiliado con discapacidad y el CUD VIGENTE

EN EL CASO DE **AFILIADOS MONOTRIBUTISTAS** DEBERÁN PRESENTARSE LOS ULTIMOS SEIS TICKETS DE PAGO DEL MONOTRIBUTO ANTERIORES AL INICIO DE LA PRESTACIÓN Y LA FOTOCOPIA DE LA INSCRIPCIÓN U OPCIÓN ANTE LA AFIP.

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2026.

(COMPLETAR UNA SOLA HOJA POR AFILIADO, CON TODAS LAS PRESTACIONES SOLICITADAS)

Fecha:/...../..... Apellido y nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____ (CUIL-Se encuentra en el carnet de afiliado).

Yo..... (si es menor completa el padre/madre o tutor)
con Documento Tipo (.....) N.º....., 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:



SOLICITUD DE PRESTACIONES DISCAPACIDAD

PLANILLA MÉDICA

AÑO: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____ Afiliado: _____ (Cuil)

DIAGNOSTICO SEGÚN CUD: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

SUGERENCIA PARA AÑO CALENDARIO:

PERIODO, DESDE: / HASTA.....

TERAPIAS	SESIONES SEMANALES	MENSUALES	Marcar con una cruz lo solicitado/ realizar un circulo si es js-Jornada Simple o jc -Jornada Completa	
ESTIMULACION TEMPRANA			MAESTRA DE APOYO	
FONOAUDIOLOGIA			MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (SAIE)	
HIDROTERAPIA			REHABILITACION HOSPITAL DE DIA	
KINESIOLOGIA			CENTRO DE DIA	JS JC
PSICOLOGIA			CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	JS JC
PSICOMOTRICIDAD			ESCOLARIDAD ESP PRE PRIMARIA	JS JC
PSICOPEDAGOGIA			ESCOLARIDAD ESP PRIMARIA	JS JC
TERAPIA OCUPACIONAL			FORMACION LABORAL	JS JC
MODULO INTEGRAL INTENSIVO			HOGAR LUNES A VIERNES	
MODULO INTEGRAL SIMPLE			HOGAR PERMANENTE	
TRANSPORTE (escala FIM, fundamento médico que manifieste no poder utilizar el transporte público)			REHABILITACION-INTERNACION	

FIRMA Y SELLO MEDICO:

TEL:



Para solicitar Transporte, SE DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE PLANILLA Y LAS SUBSIGUIENTES PARA SOLICITAR DEPENDENCIA (PAG.5 Y 6) EVALUADA POR TERAPISTA OCUPACIONAL, NEUROLOGO O MEDICO CLINICO TRATANTE.

LOS MENORES DE 5 AÑOS NO PODRAN ACCEDER A DEPENDENCIA

ESTAS PLANILLAS SON LAS QUE VAN ACOMPAÑADAS DEL PRESUPUESTO

SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD	
Para ser completado por el grupo familiar	
BENEFICIO	
Nombre y Apellido	
D.N.I	
Domicilio	
Telefono	
Localidad	
Lugar de Traslado	
ACTIVIDAD LABORAL DEL PADRE O TUTOR	
Nombre y Apellido	
D.N.I	
Domicilio	
Telefono	
Localidad	
Lugar de Traslado	
ACTIVIDAD LABORAL DE LA MADRE	
Nombre y Apellido	
D.N.I	
Domicilio	
Telefono	
Localidad	
Lugar de Traslado	
HERMANOS	
1	
Actividad	
Horario de Actividad.	
2	
Actividad	
Horario de Actividad.	
3	
Actividad	
Horario de Actividad.	
4	
Actividad	
Horario de Actividad.	
5	
Actividad	
Horario de Actividad.	

Para ser completado por el medico tratante.

Diagnostico: _____

Deficiencia: _____

DSM IV-CIE X: _____

JUSTIFICACION MEDICA DE LA SOLICITUD DEL TRANSPORTE: _____

<u>APELLIDO Y NOMBRE</u>	
<u>D.N.I.:</u>	
<u>Nº AFILIADO :</u>	
<u>DIAGNOSTICO:</u>	
<u>EDAD:</u>	

Deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación y / o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

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 acordados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervenientes.

TELA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	6
Independiente con adaptaciones	7

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste 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 moderada. Paciente aporta el 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporte menos del 25 %	1

ITEM	AUTOCUIDADO	PUNTAJE
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS.	
13	ESCALERAS	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
PUNTAJE F.I.M. TOTAL		



PRESUPUESTO AÑO:

PRESTACIÓN:.....

PERÍODO..... (Cuando)

FECHA:

AFILIADO (APELLIDO Y NOMBRE):.....

DIRECCION: CUIL:.....

TITULAR (APELLIDO Y NOMBRE):.....

CUIL: FRIGORIFICO..... O MONOTRIBUTISTA SI-NO

PRESTADOR

APELLIDO Y NOMBRE O INSTITUCIÓN:.....

TITULOS HABILITANTES O Habilitación:.....

DIRECCIÓN:..... CUIT:..... CBU:.....

mail:..... Tel:.....

PRESTACION: SESIONES O MENSUAL(EN CASO DE SER INSTITUCIONES,CENTROS Y DEMAS, ES MENSUAL)

JORNADA SIMPLE- DOBLE JORNADA (exclusivo para ESCUELAS, CET, CENTROS DE DIA, HOSP.DE DIA, ETC)

PERIODO SOLICITADO: DESDE:..... HASTA:.....

SESIONES SEMANALES..... SESIONES MENSUALES..... VALOR MENSUAL:.....

CRONOGRAMA

PRESTACION	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

VALOR SESION O MODULO:

VALOR MENSUAL:

CONFORMIDAD

YO,..... PADRE/MADRE/TUTOR(DEL BENEFICIARIO).....

ESTOY CONFORME CON EL O LA PRESTADOR/A..... PARA LA COBERTURA
SOLICITADA.

FIRMA Y ACLARACION DEL TITULAR

FIRMA, ACLARACION O SELLO DEL PRESTADOR



PRESUPUESTO TRANSPORTE

PERIODO.....(Cuando comienza)

FECHA:/...../..... (Emisión del presupuesto)

AFILIADO (APELLIDO Y NOMBRE): DIRECCION:

..... CUIL: TITULAR (APELLIDO Y NOMBRE):

..... CUIL: FRIGORIFICO:

..... Monotributista: SI NO

PRESTADOR

NOMBRE DE FANTASIA O EL QUE APAREZCA EN LA FACTURA:

HABILITACION EMITIDA POR: SEGURO -COMPAÑIA:..... POLIZA N°..... DIRECCIÓN:

..... LOCALIDAD..... CUIT:

CBU:mail:

(Anexar una copia de este)

(Es por el único medio que comunicaremos, cambios, pagos, etc)

TRASLADO

DESDE: CALLE:Nº..... LOCALIDAD:

HASTA: CALLE:Nº..... LOCALIDAD:

LUGAR AL QUE ASISTE..... (Terapias-centro-escuela)

PERIODO SOLICITADO.....(DESDE-HASTA MES)

CRONOGRAMA

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ENTRADA					
SALIDA					

KM DIARIOS: KM SEMANALES:..... KM MENSUALES:..... VALOR KM:.....

PRESUPUESTO MENSUAL: / OBSERVACIONES:.....

CONFORMIDAD

YO, PADRE/MADRE/TUTOR(DEL BENEFICIARIO).....

ESTOY CONFORME CON LA PRESTADORA DE TRANSPORTE PARA REALIZAR EL SERVICIO.

FIRMA Y ACLARACION DEL TITULAR

FIRMA, ACLARACION O SELLO DEL TRANSPORTISTA



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CHACINADOS Y AFINES

PLANILLA DE ASISTENCIA TERAPIAS/INSTITUCIONES

AFILIADO:

CUIL:.....

TITULAR (APELLIDONOMBRE):

..... MES DE

PRESTACION:

PRESTACION	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

COMIENZO.....(CUANDOEMPEZÓ CON LA PRESTACION).

FIRMA O SELLO PRESTADOR:

CONFORMIDAD:

FIRMA, ACLARACION, DNI DEL TITULAR O (PADRE, MADRE, TUTOR)

AÑO:



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CHACINADOS Y AFINES

PLANILLA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

AFILIADO:
CUIL:

MES Y AÑO DE PRESTACION: TRANSPORTE:

DIA	HORARIO E S		FIRMA PADRE MADRE O TUTOR
LUNES			
MARTES			
MIERCOLES			
JUEVES			
VIERNES			

DIA	HORAIO E S		FIRMA PADRE MADRE O TUTOR
LUNES			
MARTES			
MIERCOLES			
JUEVES			
VIERNES			

DIA	HORAIO E S		FIRMA PADRE MADRE O TUTOR
LUNES			
MARTES			
MIERCOLES			
JUEVES			
VIERNES			

DIA	HORAIO E S		FIRMA PADRE MADRE O TUTOR
LUNES			
MARTES			
MIERCOLES			
JUEVES			
VIERNES			

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR

FIRMA PROFESIONAL

INSTITUCIONES-ESCUELAS-INTEGRACION ESCOLAR-MODULOS INTENSIVOS.**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE DE LA INSTITUCION:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

MAIL:

CATEGORIZACIÓN SNR:

RNP:

PRESTACIONES BRINDADAS:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE Y APELLIDO:

CUIL:.....

DIAGNÓSTICO:

PERÍODO..... (Periodo de evaluación)

GRILLA HORARIA

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

INFORME DE EVALUACION

ASPECTO SOCIO- AFECTIVO:

ASPECTO INSTITUCIONAL (EDUCATIVO/TERAPEUTICO):

ASPECTO SOCIOFAMILIAR:

FIRMA DEL EQUIPO TECNICO:

FECHA:.....



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CHACINADO Y AFINES

PRESTACIONES DE APOYO.

INFOMÉ EVOLUTIVO

PRESTADOR

NOMBRE DEL PRESTADOR:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

MAIL:

RNP:

PRESTACIONES BRINDADAS:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE Y APELLIDO:

CUIL:.....

DIAGNÓSTICO:

PERÍODO..... (Periodo de evaluación)

GRILLA HORARIA

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

INFORME DE EVALUACION

FIRMA PROFESIONAL (PRESTACION DE APOYO)

FECHA:

PRESTADORES

INSTRUCTIVO 2026

LA DOCUMENTACION A PRESENTAR PARA LA AUTORIZACION DE LA PRESTACION ES LA SIGUIENTE Y EN ESE ORDEN ESPECÍFICO:

- 1- DATOS DEL AFILIADO, CARNET, CUD, DNI (**OBLIGATORIO AL INICIO DE CADA ARCHIVO PDF**).
- 2 -PLANILLA COMPLETA DE DATOS DE LA FAMILIA. (**PAG 2**)
- 3 -PLANILLAS DE CONFORMIDAD DE LA FAMILIA DE LA TERAPIA O TRASLADO. (**PAG 3**)
- 4 -ORDEN MÉDICA SOLICITANDO TERAPIA O TRASLADO. **Puede ser una por receta o recetario único PAG 4**
- 5 -PRESUPUESTO 2026. (**PAG 8 TERAPIA O PAG 9 TRASLADO**)
- 6 -PAPELES CORRESPONDIENTES QUE SE DETALLAN A CONTINUACION (**Por favor respetar también ese orden específico**):

PRESTACION DE APOYO (PSICOLOGIA-PSICOPEDAGOGIA-FONOAUDIOLOGIA, ETC)

- ✓ INFORME FINAL 2025
- ✓ INFORME DE ENTREVISTA INICIAL 2026 (SIN IMPORTAR SI COMIENZA A MITAD DE AÑO SE PRESENTA IGUAL) (**PAG 13**)
- ✓ PLAN DE TRATAMIENTO 2026
- ✓ INSCRIPCION EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP)
- ✓ DNI DEL PROFESIONAL
- ✓ TITULO HABILITANTE
- ✓ HABILITACION DE CONSULTORIO
- ✓ SEGURO
- ✓ CUE (CODIGO UNICO ESCOLAR) DE LA ESCUELA EN DONDE ASISTE (CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR)
- ✓ CONSTANCIA DE ISNCRIPCION DE AFIP
- ✓ CBU ACTUALIZADO

MODULOS ESTIMULACION TEMPRANA, MODULO INTEGRAL SIMPLE, MODULO INTEGRAL INTENSIVO.

- ✓ **HABILITACION DE CENTROS** (SNRNP Y SSSALUD)
- ✓ INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE PRESTADORES.
- ✓ INFORME FINAL 2025
- ✓ INFORME DE ENTREVISTA INICIAL 2026 (SIN IMPORTAR SI COMIENZA A MITAD DE AÑO SE PRESENTA IGUAL) (**PAG 12**)
- ✓ PLAN DE TRATAMIENTO 2026
- ✓ CONSTANCIA DE ISNCRIPCION DE AFIP
- ✓ CBU ACTUALIZADO

MODULO APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR.

- ✓ HABILITACION DEL CENTRO, (SNRNP Y SSSALUD)
- ✓ EQUIPO INTERDISCIPLINARIO CADA UNO CON SUS RESPECTIVAS INSCRIPCIONES EN EL REGISTRO DE PRESTADORES (RNP)
- ✓ ACTA ACUERDO TRIPARTITO (ESCUELA-DOCENTE -PADRES).
- ✓ **CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR +CUE (CODIGO UNICO ESCOLAR)**
- ✓ INFORME FINAL 2025
- ✓ INFORME DE ENTREVISTA INICIAL 2026 (SIN IMPORTAR SI COMIENZA A MITAD DE AÑO SE PRESENTA IGUAL) (**PAG 12**)
- ✓ PLAN DE TRATAMIENTO 2026
- ✓ CONSTANCIA DE ISNCRIPCION DE AFIP
- ✓ CBU ACTUALIZADO

HOSPITAL DE DIA-CENTRO DE DIA –CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

- ✓ HABILITACION MUNICIPAL
- ✓ INSCRIPCION Y APROBACION DE LA SSSALUD-SNRNP
- ✓ INFORME FINAL 2025
- ✓ INFORME DE ENTREVISTA INICIAL 2026 (SIN IMPORTAR SI COMIENZA A MITAD DE AÑO SE PRESENTA IGUAL) (**PAG 18**)
- ✓ PLAN DE TRATAMIENTO 2026
- ✓ CONSTANCIA DE ISNCRIPCION DE AFIP
- ✓ CBU ACTUALIZADO

ESCUELAS ESPECIALES

- ✓ HABILITACION MUNICIPAL INSCRIPCION Y APROBACION DE LA SSSALUD.
- ✓ REGISTRO EN LA DGCYE.
- ✓ INFORMES INICIALES (**PAG 18**)
- ✓ PLAN PEDAGOGICO
- ✓ **CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR +CUE**

TRANSPORTE

- ✓ SOLICITUD DE TRASLADO (**PAG 5**) + PLANILLA FIM, en caso de ser necesaria. (**PAG 6 Y 7**)
- ✓ REGISTRO CONDUCIR
- ✓ DNI DEL CHOFER
- ✓ CEDULA DEL AUTO
- ✓ VTV AL DIA (SI VENCE A MITAD DE AÑO ENVIAR POR MAIL LA NUEVA)
- ✓ PÓLIZA DE SEGURO ACTUALIZADA Y AL DIA
- ✓ REGISTRO VIGENTE
- ✓ RECORRIDO (CAPTURA DE GOOGLE MAPS DEL RECORRIDO ENTERO)
- ✓ CONSTANCIA DE ISNCRIPCION DE AFIP
- ✓ CBU CONSTANCIA DE BANCO

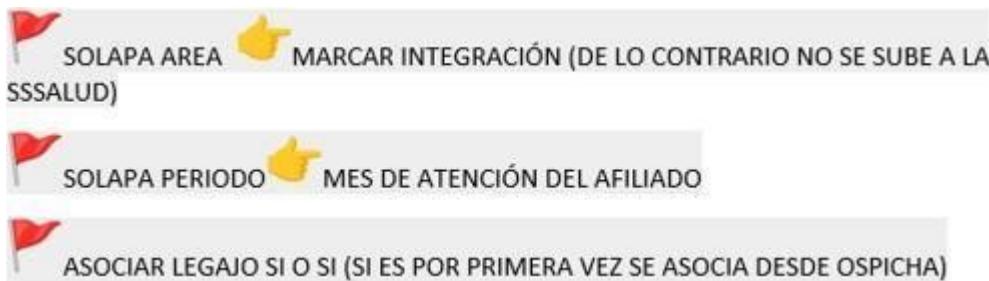


CONFECCIÓN Y ENTREGA DE FACTURAS

Nuevas disposiciones a tener en cuenta al momento de presentar la facturación periodo 2026.

Estimados prestadores, para el nuevo periodo prestacional del año entrante solicitamos que tengan a bien atender a los siguientes ítems.

- ✓ TODAS LAS FACTURAS DEBEN SER PRESENTADAS POR EL SISTEMA SAAS (www.ospicha.saas.com.ar) DEL 1 AL 20 DE CADA MES. **NO SE DEBEN ENVIAR MAS LAS FACTURAS POR CORREO ELECTRONICO.** LAS FACTURAS QUE NO SE CARGUEN EN EL SISTEMA SAAS NO SERAN ABONADAS. NO SE ACEPTARAN BAJO NINGUN MOTIVO LAS FACTURAS PRESENTADAS CON MAS DE UN MES DE ATRASO (EJ: FACTURA DE MARZO PRESENTADA EN MAYO)
- ✓ A LOS NUEVOS PRESTADORES QUE NO CUENTEN CON UN USUARIO SOLICITAR EL ALTA POR MAIL a discapacidadospicha@ospicha.org.ar
- ✓ LAS FACTURAS A PRESENTAR DEBEN TENER EL MISMO NOMBRE QUE GENERA EL SISTEMA DE COMPROBANTES ELECTRONICOS DE LA AFIP. NO DEBEN CAMBIAR EL NOMBRE DE LA FACTURA GENERADA YA QUE NO COINCIDE CON LAS NUEVAS NORMATIVAS DE LA SSSALUD.
- ✓ AL CONFECCIONAR LA FACTURACION DEBE CONTENER:
 - 1-CUIT DE LA OBRA SOCIAL: 30600736910
 - 2- DOMICILIO DE LA OBRA SOCIL: AV. SAN JUAN 4229 – CABA
 - 3-CONDICION FRENTE A IVA: EXENTO
 - 4-EN LA DESCRIPCION DEBE FIGURAR: AFILIADO, CUIL, PRESTACION Y CANTIDAD DE SESIONES Y MES FACT.
- ✓ AL MOMENTO DE PRESENTAR LAS FACTURAS, POR FAVOR TENER CUIDADO CON LAS FECHAS DE PRESTACIONES. PONEN FECHAS DE AÑOS ANTERIORES O PERIODOS ANTERIORES QUE LUEGO GENERA CONFUCION, ASI COMO TAMBIEN PROBLEMAS AL SOLICITAR LOS FONDOS CORRESPONDIENTES Y POR CONSECUENTE ATRASOS DE LOS PAGOS.
- ✓ AL CARGAR LA FACTURACION TENER EN CUENTA MARCAR CORRECTAMENTE:



ATENCION: EN SOLAPA AREA, SI PONEN PRESTACIONES PROPIAS, DISCAPACIDAD SIN RECUPERO O SI PONEN CUALQUIERA QUE NO SEA INTEGRACION NO PODRAN SELECCIONAR EL LEGAJO Y VINCULAR CON LA FACTURACION. DEJAMOS UN EJEMPLO:

- ✓ JUNTO CON LA FACTURACION DEBEN PRESENTARSE LAS PLANILLAS DE AUTORIZACION Y DE ASISTENCIA MENSUAL. LAS PLANILLAS DE ASISTENCIA DEBEN ESTAR FIRMADAS POR LA INSTITUCION Y POR EL RESPONSABLE DEL MENOR. EN CASO DE TRANSPORTE DEBEN TENER LA FIRMA DEL TUTOR DEL BENEFICIARIO DE INTEGRACION, LA INSTITUCION, ESPECIALISTA Y EL TRANSPORTISTA, SIN EXCEPCIÓN. EN CASO DE NO CUMPLIRSE SERAN RECHAZADAS.
- ✓ EL PLAZO DE PRESENTACION DE LAS FACTURAS QUE **ENTRAN AL CIRCUITO DE MECANISMO DE INTEGRACION DE LA SSSALUD RESS 904/2016 VIGENTE DESDE NOVIEMBRE DEL 2016**, ES HASTA UNA SEMANA ANTES DEL CIERRE DE LA CARPETA ABIERTA POR LA SSSALUD. [LINK PARA CONSULTA DE CRONOGRAMA DE PRESENTACION:](#)

https://www.sssalud.gob.ar/descargas/rnos/publico/ftp/cronograma_ftp.pdf

- ✓ PARA EL NUEVO PERIODO SE ENVIARÀ MENSUALMENTE EL DETALLE DE LAS FACTURAS LIQUIDADAS Y ABONADAS, JUNTO A LOS VEP Y RETENCIONES CORRESPONDIENTES. UNA VEZ RECIBIDO DICHO DETALLE DEBEN ENVIAR DE FORMA ELECTRONICA EL RECIBO CORRESPONDIENTE (OBLIGATORIO).
- ✓ CON RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR, SI NO SE RECIBEN LOS RECIBOS POR LOS PAGOS REALIZADOS, NO SE ACEPTARÀN LAS SIGUIENTES PRESTACIONES.
- ✓ RECORDAR QUE HAY UN ASISTENTE VIRTUAL DENTRO DE LA PLATAFORMA SAAS PARA AYUDA EN LINEA, FUNCIONANDO DE DIA. EL LOGO SE ENCUENTRA EN EL MARGEN INFERIOR DERECHO DE COLOR VERDE.

Sin más que agregar, espero que podamos tener un buen año entrante para poder seguir trabajando en paz y concordancia para el desarrollo adecuado para el crecimiento inclusivo de nuestros beneficiarios.



COMUNICADO IMPORTANTE

- NO SERA AUTORIZADA TODA AQUELLA DOCUMENTACION QUE NO CUMPLA CON EL ORDEN Y EL FORMATO ESPECIFICO QUE SE DETALLO EN EL INSTRUCTIVO (**FORMATO PDF Y UN ARCHIVO POR TERAPIA**).
- CUALQUIER FALTANTE ES MOTIVO DE REHACER EL ARCHIVO YA QUE ASI SE SUBE DIRECTAMENTE A LA SSS, SEGUN LA NUEVA NORMATIVA VIGENTE PARA EL 2026, LA RESOLUCION 1743/2025 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
- SE RECUERDA QUE **EL INGRESO DE LA DOCUMENTACION NO IMPLICA SU AUTORIZACION**, YA QUE SE ENCUENTRA SUJETA A LA EVALUACION QUE REALICE EL SECTOR DE AUDITORIA EN DISCAPACIDAD. EL PLAZO DE TIEMPO DE EVALUACION ES DENTRO DE LOS 20 DIAS HABILES.
- NO SE PODRAN BAJO NINGUN CONCEPTO COMENZAR, NI FACTURAR PRESTACIONES CUANDO NO HAYAN SIDO AUTORIZADAS PREVIAMENTE POR LA OBRA SOCIAL.
- TODA PRESTACION QUE COMIENCE **SIN AUTORIZACION** EMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, QUEDARA A CARGO 100% DE LA FAMILIA DEL AFILIADO.
- LA DOCUMENTACION DEBE SER ENVIADA **UNICAMENTE AL SIGUIENTE MAIL** discapacidadospicha@ospicha.org.ar (NO SE ACEPTA DOCUMENTACION POR WHATSAPP)
- LAS AUTORIZACIONES COMENZARAN A ENVIARSE A PARTIR DEL 20 DE DICIEMBRE 2025, ASI COMO TAMBIEN PUEDEN SER ENVIADAS UN DIA ANTES DE COMENZAR LA PRESTACION EN CASO DE HABER MUCHA DEMANDA, TENER ESTO EN CUENTA YA QUE CADA ARCHIVO LLEVA SU TIEMPO DE CORRECTA LECTURA.

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN IMPORTANTE:**

WHATSAPP: 11-68586935

UNICO MAIL EN USO: discapacidadospicha@ospicha.org.ar



AUTORIZACIONES -PRESTADORES

(hoja exclusiva para equipo interdisciplinario y Auditoria Medica)

Prestador: _____ mail: _____

Cuit: _____ CBU: _____

Afiliado: _____

Cuil: _____

PERIODO: _____

SE AUTORIZA _____

POR EL PERIODO: _____

VALOR SESION/MODULO: \$ _____ VALOR MENSUAL: _____

LAS AUTORIZACIONES SON PARA EL AÑO COMPLETO, O EN CONSECUENCIA SEMESTRALES, SALVO ALGUN HECHO QUE PERJUDIQUE EL BIENESTAR DEL AFILIADO SE AUDITARA CAMBIOS MENORES A 6 MESES. (EN CENTRO DE DIAS, HOSPITAL DE DIA, CENTROS EDUCATIVOS TERAPUTICOS. Según evaluación médica, y auditoria se autorizará de Enero a Diciembre, LAS DEMAS PRESTACIONES COMIENZAN EN FEBRERO DEL AÑO PRESTACIONAL Y LAS EDUCATIVAS EN MARZO)

OBSERVACIONES:

Fecha:

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

AUDITOR MEDICO

LISTADO DE PRESTADORES:

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

1.- Rehabilitación

1.1 Ambulatoria

	CERCA SALUD Y REHABILITACIONES.A	30715214195	info@cercasalud.com	CANING	ZONA OESTE	MODULO INTEGRAL SIMPLE	
	GAYA CARLA	27297622388	carlaamegaya@gmail.com	CASTELAR	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA	
	MORENO FLORENCIA	27330395155	fmorenopsm@gmail.com	EL PALOMAR	ZONA OESTE	PSICOMOTRICIDAD	
	FUSCO NORA NOEMI RITA	27314681016	norafulco@hotmail.com	GONZALEZ CATAN	ZONA OESTE	PSICOLOGIA	
	ROJAS ERIKA	27258481777	erikarojas@live.com.ar	GONZALEZ CATAN	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA	
	ERIKA NOEMI ROJAS	27258481777	ERIKAROJAS@LIVE.COM.AR	GONZALEZ CATAN	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA	
	THIELE FLAVIA DANIELA	27327232784	litchieleflaviadaniela@gmail.com	GONZALEZ CATAN	ZONA OESTE	PSICOLOGIA	
	OTTENSTEIN TATIANA	27349827994	Tatiana.ottenstein@live.com.ar	HAEDO	ZONA OESTE	PSICOLOGIA	
	PEREZ KARINA ELIZABETH	27225501616	kari1412@hotmail.com	HAEDO	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA	
	CORVALAN MAYRA SOLEDAD	27379338599	mayra.corvalan@hotmail.com	ISIDRO CASANOVA	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA	
	AGUILAR MARIANA ANDREA	27307223568	maryanaguilar@yahoo.com.ar	ISIDRO CASANOVA	ZONA OESTE	PSICOLOGIA	
	VARGAS OTERO SOLEDAD	27303422868	lic.solesavargas@gmail.com	ITUZAINGO	ZONA OESTE, ZONA SUR	KINESIOLOGIA	
	CASTELLS MENDEZ NAHUEL SERGIO	20299945880	nahuel.mendez@gmail.com	ITUZAINGO	ZONA OESTE, ZONA SUR	MUSICOTERAPIA	
	ALMEIDA MERCEDES	27326913001	mercedesalmeidasp@gmail.com	ITUZAINGO	ZONA OESTE, ZONA SUR	PSICOPEDAGOGIA	

	FRESIA INES CALVET	27113513514	fresiacalvet@gmail.com	ITUZAINGO	ZONA OESTE, ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	GUTIERREZ ALAN GABRIEL	20369481127	alan.gabriel.guti@gmail.com	LA TABLADA	ZONA OESTE	MUSICOTERAPIA	
	REHABILITACION LAFERRERE	27229926085	discapacidad@rehabilitacionlafe.com.ar	LAFERRERE	ZONA OESTE	MODULO INTEGRAL INTENSIVO, MODULO INTEGRAL INTENSIVO DE REHABILITACION, MODULO DE REHABILITACION INTEGRAL INTENSIVO	
	ZULMA EDITH GUZMAN PRADA	27229926085	rehabilitacionlaferre@hotmai.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	MODULO INTEGRAL INTENSIVO DE REHABILITACION	
	REH LAFERRERE-ZULMA GUZMAN PRADA	27229926085	discapacidad@rehabilitacionlafe.com.ar	LAFERRERE	ZONA OESTE	MODULO INTEGRAL INTENSIVO	
	CENTRO DE REHAB PSICOFISICA CAT "A" NIVEL 1	27229926085	discapacidad@rehabilitacionlafe.com.ar	LAFERRERE	ZONA OESTE	MODULO INTEGRAL INTENSIVO	
	GONZALEZ GABRIELA ALEJANDRA	27299480785	Gabriela-gonzalez@live.com.ar	LAFERRERE	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA	
	MELANY VERA RODRIGUEZ	27406714824	melrodriguez034@gmail.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	PSICOLOGIA	
	DIETZ GRISELDA CELESTE	27347480016	pspgriseldadietz@gmail.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA	
	OROZCO MENES BANIA IVLIN	27953402292	baniaivlin@gmail.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	KINESIOLOGIA	
	LEYES NATALIA VANESA	27331501862	espaciopiruetas@gmail.com	MERLO	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA	
	DI PLACITO MARIA ANTONELA	27369390592	mariaantonella@live.com.ar	MERLO	ZONA OESTE	FONOAUDIOLOGIA	
	CENT MORON	27237819611	centconsultorios@gmail.com	MORON	ZONA OESTE	MODULO INTEGRAL INTENSIVO, MODULO DE REHABILITACION INTEGRAL INTENSIVO, MODULO INTEGRAL ISIMPLE DE REHABILITACION	
	CENTRO C.A.I	30708929448	centrocaimoron@gmail.com	MORON	ZONA OESTE	MODULO DE REHABILITACION INTENSIVO	
	PELUSO ROCIO ELINA	23387877894	pelusorocio@gmail.com	MORON	ZONA	TERAPIA	

					OESTE	OCCUPACIONAL	
	LUCERO ARACELI	ALDANA	27300211106	consultoriointegralalma@gmail.com	RAMOS MEJIA	ZONA OESTE, ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL
	PEREIRA GISELA	MARIELA	27273261457	psi.pereiramariela@gmail.com	RAMOS MEJIA	ZONA OESTE, ZONA SUR	PSICOLOGIA
	NETO CINTIA LORENA		27251092619	licc.neto2020@gmail.com	SAN ANTONIO DE PADUA	ZONA OESTE	PSICOLOGIA
	ROJAS MARIA INES		27162736472	lic.mariainesrojas@outlook.com	SAN ANTONIO DE PADUA	ZONA OESTE	PSICOLOGIA
	MEDINA DAIANA		23381765334	DAAIMEDINAA@GMAIL.COM	SAN ANTONIO DE PADUA	ZONA OESTE	PSICOLOGIA
	RUIZ ALEJANDRA	GABRIELA	23206956224	gabrielaalejandraruiz@hotmail.com	SAN JUSTO	ZONA OESTE	FONOAUDIOLOGIA
	BEHRENS DAIANA	KAREN	27330329926	KARENBEHRENS57@GMAIL.COM	SAN JUSTO	ZONA OESTE	TERAPIA OCUPACIONAL
	AGUIRRE JONATHAN		20292429752	rubiconconsultorio@gmail.com	VILLA LUZURIAGA	ZONA OESTE	PSICOLOGIA
	CORVALAN MAYRA		27379338599	rubiconconsultorio@gmail.com	VILLA LUZURIAGA	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA
	TETTAMANTI CINTIA		27267817664	rubiconconsultorio@gmail.com	VILLA LUZURIAGA	ZONA OESTE	TERAPIA OCUPACIONAL
	CAMPITELLI ALDANA		27357938908	aldy_c926@hotmail.com	VILLA TESEI	ZONA OESTE	PSICOLOGIA
	MARECO WANDA	HARDT	27386209257	lic.marecohhardtwanda@gmail.com	9 DE ABRIL	ZONA OESTE	PSICOPEDAGOGIA
	BLASZKIEWICZ PAULA	ERIKA	23394876844	erblasz@live.com.ar	ADROGUE	ZONA SUR	PSICOLOGIA
	HAMID AGUSTIN	SANTIAGO	20407935226	SANTIHAMID97@GMAIL.COM	ADROGUE	ZONA SUR	PSICOLOGIA
	CENTRO SAN AGUSTIN S.R.L		30714606901	centrosanagustin1@gmail.com	BANFIELD	ZONA SUR	MODULO INTEGRAL INTENSIVO
	BENITEZ AYELEN	CAROLINA	27407574201	profesionalesfdl@gmail.com	BANFIELD	ZONA SUR	PSICOLOGIA
	SANCHEZ TERESA	GRACIELA	27164907045	irpasrl@hotmail.com	BANFIELD	ZONA SUR	PSICOPEDAGOGIA
	CETIB SRL		30683352213	info@cetibsr.com.ar	BERAZATEGUI	ZONA SUR	MODULO INTEGRAL INTENSIVO

	SIMON LUCIANA	27411326670	lucianasimon1998@gmail.com	BERAZATEGUI	ZONA SUR	PSICOLOGIA	
	BENITEZ VERONICA GABRIELA	27232663672	veronicabenitez13@yahoo.com.ar	BERAZATEGUI	ZONA SUR	FONOAUDIOLOGIA	
	ALTAMURA SILVANA	27345665647	silvanaaltamura.sa@gmail.com	BERAZATEGUI	ZONA SUR	PSICOMOTRICIDAD	
	SASSETTI ESTEFANIA DANIELA	27384403862	estefisassetti@gmail.com	BERAZATEGUI	ZONA SUR	PSICOLOGIA	
	SILVA MARIANA	27329170239	aidamariana2801@gmail.com	BERAZATEGUI	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	INFANTE GERONIMI CAROLINA	27319257719	equipocpb@hotmail.com	BERNAL	ZONA SUR	PSICOLOGIA	
	CLAUDIA PATRICIA CORDOBA	272223101610	equipocpb@hotmail.com	BERNAL	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	SALVATIERRA VALERIA DEL MAR	23326408344	danteantonio2016@gmail.com	BURZACO	ZONA SUR	PSICOPEDAGOGIA	
	MARIA DNIELA MARTINI	27286794985	martinidani@yahoo.com.ar	BURZACO	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	PONCE CINTIA MABEL	27182761457	Cintia_ponce35@yahoo.com.ar	BURZACO	ZONA SUR	FONOAUDIOLOGIA	
	SALGUERO DAIANA YAEL	27351369928	yael2024salguero@gmail.com	FLORENCIO VARELA	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	OTTON WALTER MARTIN	20252580965	martin_otton@yahoo.com.ar	FLORENCIO VARELA	ZONA SUR	KINESIOLOGIA	
	GUZMAN MIRIAM	27337836785	alasvarela@gmail.com	FLORENCIO VARELA	ZONA SUR	PSICOPEDAGOGIA	
	ARAOZ DAIANA MARIANELA	27352049277	alasvarela@gmail.com	FLORENCIO VARELA	ZONA SUR	FONOAUDIOLOGIA	
	MOLINA ANALIA GISEL	27334889446	alasvarela@gmail.com	FLORENCIO VARELA	ZONA SUR	PSICOLOGIA	
	QUIROGA BRENDA KAREN	27389591586	alasvarela@gmail.com	FLORENCIO VARELA	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	SCHIAVI AGUSTINA	27364887057	schiaviagustina@gmail.com.ar	LA PLATA	ZONA SUR	PSICOLOGIA	
	AVALOS EVELIN ROCIO	27281966184	profesionalesfdl@gmail.com	LANUS	ZONA SUR	PSICOPEDAGOGIA	
	SKRETKOWICZ ANA MARIA	27060349423	administracion@kinesiologialomas.com.ar	LOMAS DE ZAMORA	ZONA SUR	KINESIOLOGIA	
	SURGIR S.R.L	30699062916	rehabilitacion@centrosurgir.com.ar	LOMAS DE ZAMORA	ZONA SUR	MODULO INTEGRAL INTENSIVO	
	DE TOMA NICOLAS PEDRO	20389396142	lic.pedrodt@gmail.com	LUZURIAGA	ZONA SUR	PSICOLOGIA	

	MUIÑA JUDITH JACQUELINE	27253608906	jacquelinemuina@hotmail.com	LUZURIAGA	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	GOTTE SOFIA ELIZABETH	27392615585	Licsofiagotte@gmail.com	MONTE GRANDE	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	RUBIO JANICE	27369051100	Licenciadajanicerubio@gmail.com	MONTE GRANDE	ZONA SUR	PSICOLOGIA	
	BIDART BERROCAL NATALIA JESICA	27337684365	profesionalesfdl@gmail.com	PLATANOS	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	CENTRO PEDIATRICO NEUROLOGICO / REHAB. CAT "B"	30716607190	cril_rehabilitacion@hotmail.com	QUILMES	ZONA SUR	MODULO INTEGRAL INTENSIVO	
	CAMPARI NADIA SOLEDAD	27373545215	equipocpb@hotmail.com	QUILMES	ZONA SUR	PSICOPEDAGOGIA	
	GOBELLI PAULA DANIELA	27341144405	pauladanielagorbelli@gmail.com	QUILMES	ZONA SUR	PSICOLOGIA	
	CORVALAN NORMA	27175128994	normacorvalan@yahoo.com.ar	QUILMES	ZONA SUR	TERAPIA OCUPACIONAL	
	AGUILERA CARINA ALEJANDRA	27273544440	cari_79@live.com.ar	QUILMES	ZONA SUR	PSICOPEDAGOGIA	
	RAMIREZ MARIA LUISA	27210480256	mlramirez.psi@gmail.com	WILDE	ZONA SUR	PSICOPEDAGOGIA	
	AIMARE VIVIANA ANDREA	27222979043	viamare@yahoo.com.ar	CABA	CABA	FONOAUDIOLOGIA	
	ZUETTA DANIELA B.	27350124247	zuettdanielab@gmail.com.ar	CABA	CABA	PSICOPEDAGOGIA	
	LOGIOCO PEREZ VIRGINIA	27368185316	virperezlogioco@gmail.com	CABA	CABA	TERAPIA OCUPACIONAL	
	GIMPELJ PEREZ LUCILA	27410095039	lucilaperezgimpelj@gmail.com	CABA	CABA	PSICOLOGIA	
	PATARCA JUAN	20244088075	patarcas@gmail.com	CABA	CABA	MUSICOTERAPIA	
	CERMI SALUD	30709973092	cermisanjusto@gmail.com	CABA	CABA	MODULO INTEGRAL SIMPLE	
	TOLEDO ANA GABRIELA	27239319357	gabriela.toledo74@gmail.com	CABA	CABA	FONOAUDIOLOGIA	
	VAZQUEZ FERRARO AGUSTINA BELEN	27379516837	agustinavazquezferraro@hotmail.com	CABA	CABA	PSICOLOGIA	
	POMA SANTILLAN MACARENA	27382124281	macarenapomasanti06@gmail.com	CABA	CABA	PSICOPEDAGOGIA	
	FRANCO LUCILA	23368193704	francolucila6@gmail.com	CABA	CABA	FONOAUDIOLOGIA	
	CARBALLO DIEGO HERNAN	23280612219	diegohcarballo@gmail.com	CABA	CABA	PSICOLOGIA	

	DESANTI ALEJANDRA	23208917714	lic.desanti@hotmail.com	CABA	CABA	PSICOPEDAGOGIA	
	NICOLASA POETROLA	27928520345	nicolinapetrola@gmail.com	CABA	CABA	FONOAUDIOLOGIA	
	DESANTI ALEJANDRA ELIZABETH	23208917714	lic.desanti@hotmail.com	CABA	CABA	PSICOPEDAGOGIA	
	RIZZO CAROLINA	27206069657	carizzokine@hotmail.com	CABA	CABA	KINESIOLOGIA	
	LUNA DEBORA	27305143885	deboluna@yahoo.com.ar	CABA	CABA	PSICOLOGIA	
	DE LUCIA PENELOPE KARINA	23339363854	equipohablarte@gmail.com	CABA	CABA	FONOAUDIOLOGIA	
	PALAVECINO SILVANA	27320053434	equipohablarte@gmail.com	CABA	CABA	MUSICOTERAPIA	
	TRINTA RODRIGUEZ DAIANA GABRIELA	23330224924	equipohablarte@gmail.com	CABA	CABA	PSICOLOGIA	
	SOLOHAGA JUAN RAFAEL	20369285697	juanrsolahaga@gmail.com	CABA	CABA	TERAPIA OCUPACIONAL	
	MARIN PAULA TAMARA	27288608623	pmpsicopedagoga@gmail.com	CABA	CABA	PSICOPEDAGOGIA	
	CASTIGLIONI MARIANA	27218264072	mariantia27@gmail.com	GRAL. HERAS	ZONA NORTE, ZONA OESTE	TERAPIA OCUPACIONAL	
	SAIEG NATALIA MARIANA	27242033227	licnataliasaieg@gmail.com	SAN ISIDRO	ZONA NORTE	PSICOLOGIA	
	BLANCO DANIELA CRISTINA	27300116049	Daniela_blanco83@hotmail.com	SAN MARTIN	ZONA NORTE	PSICOPEDAGOGIA	

1.2 Hospital de día

	L`TOURDET SALUD MENTAL	30712513353	etourditsaludmental@gmail.com	CABA	CABA	HOSPITAL DE DIA	
--	------------------------	-------------	-------------------------------	------	------	-----------------	--

1.3 Internación

A demanda según patología.

2.- Estimulación temprana

| SISTO ROMINA SOLEDAD | 23285281644 | Buscar datos de contacto. | MORON | ZONA OESTE | ESTIMULACION TEMPRANA |

3.- Centro de día

	AMIGOS SIEMPRE AMIGOS	30711419604	centrodediaamigossiempreamigos@gmail.com	CAÑUELAS	ZONA OESTE, ZONA NORTE	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE	
	AGAPE AMOR TOTAL SRL	30714646636	patriciawdiaz@hotmail.com	CASTELAR	ZONA OESTE	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE SIN	

						DEPENDENCIA CAT "A"	
INSTITUTO BLANQUERNA	30662385227	administracion@blanquerna.com.ar	MORON	ZONA OESTE	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE CAT "A"		
UNUC COLOR A ESPERANZA SRL	30710484550	unuccoloresperanza@hotmail.com	RAMOS MEJIA	ZONA OESTE, ZONA SUR	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE, CENTO DE DIA JORNADA DOBLE C/DEPENDENCIA		
CENTRO DE DIA ALVIC DE OMAR FERNANDEZ	23140702749	drfernandezomar@gmail.com	AVELLANEDA	ZONA SUR	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE CAT "B"		
NUEVO CENTRO	27219034089	nuevocentro07@yahoo.com.ar	MONTE GRANDE	ZONA SUR	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE CATEGORIA "B"		

4.- Centro educativo terapéutico

VITIUM SRL "RAYUELA CET	30716679205	INFO@RAYUELACET.COM	CIUDADELIA	ZONA OESTE	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO, JORNADA SIMPLE CON DEPENDENCIA	
COOP. "SAN MARTIN DE PORRES"	30662426314	secretaria@porres.edu.ar	ISIDRO CASANOVA	ZONA OESTE	CENTRO EDUC TERAPEUTICO DOBLE JORNADA	
UNUC	30707146911	unuctevez@hotmail.com	MORON	ZONA OESTE	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	
SAN JUSTO CET S.R.L	30717133753	cetsanjusto@gmail.com	SAN JUSTO	ZONA OESTE	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO JORNADA SIMPLE CON DEPENDENCIA, CET JORNADA SIMPLE C/ DEP	

5.- Prestaciones educativas

ESCUELA PAPAI	33610006499	escuelaespecial.2345@hotmail.com	MORON	ZONA OESTE	ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT A	
ESCUELA ESPECIAL PORTAL DEL SOL	23046436164	escuelaportaldelsol@hotmail.com	TAPIALES	ZONA OESTE	ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL JORNADA SIMPLE	
IDEAT-DIEGEPV3649	27045703881	nildagiordano@yahoo.com.ar	BERAZATEGUI	ZONA SUR	ESCUELA ESPECIAL PRIMARIA-JORNADA COMPLETA	
NUEVA ESCUALA LOMAS	30707556885	nueva-escuela-lomas@hotmail.com	LOMAS DE ZAMORA	ZONA SUR	ESCUELA ESPECIAL EGB JORNADA DOBLE CATEG "A", ESCUELA ESPECIAL JORNADA DOBLE CATEGORIA "A"	

	REDONDEL SRL	30604168070	ESCUELAREDONDEL@GMAIL.COM	LOMAS DE ZAMORA	ZONA SUR	ESCUELA DE FORMACION LABORAL JORNADA DOBLE	
	PROYECTO 2000	30707912282	proyecto2000@gmail.com	CABA	CABA	ESCUELA ESPECIAL PRIMARIA-JORNADA COMPLETA	

6.- Servicio de apoyo a la integración escolar

	CENT MORON	27237819611	centconsultorios@gmail.com	MORON	ZONA OESTE	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (EQUIPO)	
	INSTITUTO BLANQUERNA	30662385227	administracion@blanquerna.com.ar	MORON	ZONA OESTE	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	
	CENTRO PSICOP- ALICIA LILIANA ENRIQUEZ	27175507219	documentacion@psicop.com.ar	RAMOS MEJIA	ZONA OESTE, ZONA SUR	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	
	CREI SRL	30696256574	administracion@crei.edu.ar	VILLA BALLESTER	ZONA OESTE, ZONA NORTE	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	
	ALEVAGU S.A.	30715123971	contacto@asistire.com.ar	BANFIELD	ZONA SUR	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	
	CENTRO LA HUELLA	30716231107	administracion@centrolahuella.com.ar	EL JAGUEL	ZONA SUR	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR, MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (SAIE)	
	CENTRO DE APOYO INTEGRAL LA HUELLA SRL	30716231107	centrolahuella@gmail.com	EL JAGUEL	ZONA SUR	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	
	CENTRO CRECIENDO DE EQUIPO DEVENIR SRL	30716427230	centrocreciendoinfantil@gmail.com	LANUS	ZONA SUR	MODULO DE APOYO A LA INTEG ESC EQUIPO	
	FLOR DE LIS SUR srl	30715123815	inclusionfdl@gmail.com	LOMAS DE ZAMORA	ZONA SUR	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	
	SOLES	30695582702	presupuestosesuelasoles@gmail.com	LOMAS DE ZAMORA	ZONA SUR	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR EQUIPO	
	MARTINEZ MARIANA	27200252476	dametumano2012@yahoo.com.ar	MONTE	ZONA SUR	MODULO DE APOYO	

	BEATRIZ			GRANDE		A LA INTEGRACION ESCOLAR	
	EN-CAUSAR PSI S.R.L.	30714152234	administracion@en-causarpsi.com.ar	CABA	CABA	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR EQUIPO	
	INSTITUTO INTEGRAL DE EDUCACION	30690973681	administracion@iide.edu.ar	CABA	CABA	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	
	ASOCIACION CIVIL FRANCO UZ	30714310689	asociacionfrancouz@gmail.com	VTE LOPEZ	ZONA NORTE	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	

7.- Maestra de Apoyo

	CENT MORON	27237819611	centconsultorios@gmail.com	MORON	ZONA OESTE	MODULO DE APOYO A LA INTEGR ESC- MAESTRA DE APOYO (SAIE)	
	SOSA MARIA BELEN	27325658261	equipoelinau@gmail.com	RAMOS MEJIA	ZONA OESTE, ZONA SUR	MODULO MAESTRA DE APOYO	

8. - Formación labora

	FUNDACION PBRO. JOSE MARIO PANTALEO	30604098811	santaines@padremario.org	GONZALEZ CATAN	ZONA OESTE	FORMACION LABORAL	
	INSTITUTO BLANQUERNA	30662385227	blanquerna@sinectis.com.ar	MORON	ZONA OESTE	FORMACION LABORAL JORNADA DOBLE	

9.- Prestaciones de apoyo

10.- Hogar, residencia

A demanda

11.- Transporte

	TRANSPORTE ESPECIAL GIULIANA	27261192840	marielacomam@hotmail.com	EL PALOMAR	ZONA OESTE	TRANSPORTE A ESCUELA PRIMARIA	
	LIZARRAGA JUAN CARLOS	23129136219	lizarriagajuanCarlos04@gmail.com	GONZ. CATAN	ZONA OESTE	TRANSPORTE A CENTRO DE DIA	
	BARU ANGELA PRIMITIVA	27178355762	MARDELCONT@HOTMAIL.COM	GONZALEZ CATAN	ZONA OESTE	TRANSPORTE A FUND PANTALEO SANTA INES	
	RODRIGUEZ MARCOS DANIEL	20284958145	danielrodriguez5840@gmail.com	GONZALEZ CATAN	ZONA OESTE	TRANSPORTE A CENTRO DE DIA	
	CENCIC PAULO	20352133524	paulocenic@gmail.com	ISIDRO CASANOVA	ZONA OESTE	TRANSPORTE A ESCUELA	

	FRUGOTTI MONICA BEATRIZ	27200127035	jcplogistica@gmail.com	JOSE C. PAZ	ZONA OESTE	TRANSPORTE A ESCUELA	
	REMISES JS	27930271964	remisesjs@outlook.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	TRANSPORTE A CENTRO EDUC TERAP PORRES	
	TRANSPORTE BRAIAN	20343061073	braianvillaboa@gmail.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	TRANSPORTE A ESCUELA ESPECIAL	
	ZALALAR DAMIAN	23338606109	alenibarrola@gmail.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	TRANSPORTE A TERAPIAS	
	TRANSP MORENA DE LUCAS EDUARDO SANTUCHO	20385119012	transportemorena.santучо@hotmail.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	TRANSPORTE A CENTRO DE DIA	
	SOLER RAQUEL	27335154067	Raquel.mechy2@gmail.com	LAFERRERE	ZONA OESTE	TRANSPORTE A TERAPIAS	
	REMISES NICO	20308687547	nicolasponce_12@hotmail.com.ar	MERLO	ZONA OESTE	TRANSPORTE	
	PUGLIESE PASCUAL	20272029769	paspug@hotmail.com	SAN JUSTO	ZONA OESTE	TRANPORTE A CET SAN JUSTO	
	ANGEL RUBEN MANZANE	20240671604	angelmanzane@hotmail.com	SAN ANTONIO DE PADUA	ZONA OESTE	TRANSPORTE A CENTRO TERAP. UNUC	
	TRANSPORTE TI PRENDO S.R.L	30715742019	tiprendosrl@gmail.com	VILLA BALLESTER	ZONA OESTE, ZONA NORTE	TRASPORTE A CENTRO	
	GUSTAVO BARRIOS	20300971378	gus-barrios@hotmail.com	PONTEVEDRA	ZONA OESTE	TRANSPORTE A TERAPIAS	
	PATRICIA LAVERGNE	27261274316	alenibarrola@gmail.com	RAFAEL CASTILLO	ZONA OESTE	TRANSPORTE A REHABILITACION	
	RUELAS ROCIO STEFANIA	27407137200	stefaniaruelas.96@gmail.com	VIRREY DEL PINO	ZONA OESTE	TRANSPORTE	
	TRANSPORTE LEO	27253147836	miguel.andrea1976@gmail.com	ALTE. BROWN	ZONA SUR	TRANSPORTE A ESC ESPECIAL	
	CAMINO MIRIAM BEATRIZ	27130786338	miway@live.com.ar	AVELLANEDA	ZONA SUR	TRABSPORTE A CENTRO DE DIA	
	CENTRO DE DIA SAN AGUSTIN	30714606901	centrosanagustin1@gmail.com	BANFIELD	ZONA SUR	MODULO INTEGRAL SIMPLE DE REHABILITACION	
	BIANCA AYELEN LEDESMA		ledesmade43@gmail.com	EL JAGUEL	ZONA	TRANSPORTE	

		23391672024			SUR		
	ZABDI S.R.L	30717429377	zabditransporte@gmail.com	EL JAGUEL	ZONA SUR	TRANSPORTE	
	MARTIN DIEGO VARELA	23304540249	martindiegovarela@outlook.com	LANUS	ZONA SUR	TRANSPORTE	
	RC TRASLADOS -ROMERO NICOLAS	20262832873	romero_nl@hotmail.com.ar	LAVALLOL	ZONA SUR	TRASPORTE	
	DELLI CARPINI MARIANO JAVIER	20231144820	TRANSPORTEDELLICARPINI@GMAIL.COM	LOMAS DE ZAMORA	ZONA SUR	TRANSPORTE A ESCUELA	
	TRANSPORTE GRACIELA	27181238939	roxanavivona@gmail.com	LOMAS DE ZAMORA	ZONA SUR	TRANSPORTE A ESCUELA	
	INSTITUTO JHAITI	30661727051	jhaiti.adm@gmail.com	MONTE GRANDE	ZONA SUR	TRANSPORTE A CENTRO DE FORMACION LABORAL	
	TRANSPORTE ESPECIAL EL AMIGO	33716127929	transp.elamigosrl@gmail.com	MONTE GRANDE	ZONA SUR	TRANSPORTE	
	TRANSPORTE URBANO	20369939255	urbanosdeperez@gmail.com	QUILMES	ZONA SUR	TRANSPORTE	
	REMISERIA FLORES	20184400546	transporteflores2014@gmail.com	QUILMES	ZONA SUR	TRANSPORTE	
	ROCCOBUS S.A	30716547082	roccobus@hotmail.com	CABA	CABA	TRANSPORTE	
	AUTOTRANSPORTE	20185301975	autotransporte2021@gmail.com	CABA	CABA	TRANSPORTE	
	REMIS TRAVEL	30714500992	NO TIENE	CABA	CABA	TRANSPORTE	
	TI PRENDO SRL	30715742019	tiprendosrl@gmail.com	CABA	CABA	TRANSPORTE	
	STRILCHUK FRANCO	20405138264	transportegranfamilia@gmail.com	MARTINEZ	ZONA NORTE	TRANSPORTE	
	LUGO RUBEN DARIO	20166474648	lugorubendario@hotmail.com	SANTA ROSA	ZONA NORTE	TRANSPORTE	

Vigencia: 01/01/2026. Actualizaciones en www.ospicha.com.ar. Consultas: 4923 3666 int 115.