



## **Anexo IV - DISCAPACIDAD**

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un expediente para solicitar prestaciones para pacientes con certificado de discapacidad.

### **PROCEDIMIENTOS:**

#### **1.- ACCESO A LOS SERVICIOS:**

El trámite para autorizar prestaciones por Discapacidad podrá realizarse en la Sucursal OSSSB correspondiente a la jurisdicción de cada beneficiario o en Nivel Central de O.S.S.S.B., sito en 25 de Mayo 182, CABA.

Solamente podrán solicitarse prestaciones por Discapacidad los beneficiarios mayores a un (1) año de edad.

Todos los expedientes caducarán el 31 de diciembre de cada año al que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación **antes del inicio de cada práctica**.

Toda la documentación requerida para solicitar la cobertura de prestaciones por discapacidad deberá presentarse sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra.

Las mismas están sujetas a modificaciones según eventuales disposiciones de organismos oficiales.

Las prestaciones podrán ser brindadas SOLO cuando cuenten con autorización emitida por el DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD DE OSSSB.

La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado, NO DA DERECHO al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD.

Recepción a partir del día 1 de NOVIEMBRE de 2021 y hasta 30 días posteriores al inicio de la prestación.

Todas las prestaciones autorizadas por la Obra Social, se encuentran sujetas a Auditorias de Terreno y Evaluación permanente de las mismas, por parte del Equipo Interdisciplinario.

La autorización emitida por la Obra Social, sólo tendrá validez, únicamente sobre la prestación efectivamente realizada.

El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en el módulo de rehabilitación ambulatoria es entre 45-60 MINUTOS. Se considerará 1(UNA) SESIÓN POR CADA DÍA DE ASISTENCIA sin excepción.

*No se reconocerán coberturas retroactivas a la fecha de presentación del expediente en la Delegación OSSSB correspondiente al beneficiario.*

*Se deben utilizar EXCLUSIVAMENTE Los Formularios de Discapacidad OSSSB 2021, disponibles en: [www.ossb.com](http://www.ossb.com) y en el presente instructivo*

*No se reconocerán tratamientos realizados por profesionales o Instituciones que no se encuentren habilitadas debidamente, conforme a los requisitos de los Organismos de control para cada prestación.*

### **CANALES DE COMUNICACIÓN:**

La comunicación con el equipo interdisciplinario de Discapacidad de O.S.S.S.B. Nivel Central puede ser:

- Telefónica: 0800 222 3462
- Email: [atbeneficiario@ossb.com.ar](mailto:atbeneficiario@ossb.com.ar)
- Whats App: 1127610695

### **SUCURSALES:**

Se detalla a continuación las sucursales de la OSSSB, para quienes prefieran realizar los trámites desde allí, con los nombres de sus respectivos referentes:

<u>SUCURSAL</u>	<u>DOMICILIO</u>	<u>LOCALIDA D</u>	<u>PROVINCI A</u>	<u>TELEFON O</u>	<u>EMAIL</u>	<u>REFERENTE</u>
AVELLANE DA	AV. MITRE 2894	SARANDI	BUENOS AIRES	4204-8486	<a href="mailto:avellaneda@osssb.com.ar">avellaneda@osssb.com.ar</a>	Acebey, Griselda
LOMAS DE ZAMORA	JUNIN 275	LOMAS DE ZAMORA	BUENOS AIRES	4245-9945 / 4243- 3054	<a href="mailto:lomasdezamora@osssb.com.ar">lomasdezamora@osssb.com.ar</a>	De Rosa, Adriana
QUILMES	MORENO 730 LOCAL 4	QUILMES	BUENOS AIRES	4253-5709	<a href="mailto:quilmes@osssb.com.ar">quilmes@osssb.com.ar</a>	Massa, Leandro
SAN JUSTO	HIPOLITO YRIGOYEN 2853	SAN JUSTO	BUENOS AIRES	4651-0475	<a href="mailto:sanjusto@osssb.com.ar">sanjusto@osssb.com.ar</a>	Lopez, Paula
SAN MIGUEL	MAESTRO D'ELIA 819	SAN MIGUEL	BUENOS AIRES	4451-5650 / 1635	<a href="mailto:sanmiguel@osssb.com.ar">sanmiguel@osssb.com.ar</a>	Valado, José Luis
SAN MARTIN	INTENDENT E CAMPOS 1749	SAN MARTIN	BUENOS AIRES	4753-6767	<a href="mailto:sanmartin@osssb.com.ar">sanmartin@osssb.com.ar</a>	De Nicolai, Norberto
BAHIA BLANCA	MITRE 177	BAHIA BLANCA	BUENOS AIRES	(0291) 4552943 / 45	<a href="mailto:bahiablanca@osssb.com.ar">bahiablanca@osssb.com.ar</a>	Schwab, Aníbal
CHIVILCOY	25 DE MAYO 144	CHIVILCOY	BUENOS AIRES	(02346) 431627	<a href="mailto:chivilcoy@osssb.com.ar">chivilcoy@osssb.com.ar</a>	Bojorge, Fernando
JUNIN	JUAN B. ALBERDI 249	JUNIN	BUENOS AIRES	(0236) 4444075	<a href="mailto:junin@osssb.com.ar">junin@osssb.com.ar</a>	Miro, Germán
LA PLATA	CALLE 50 N° 784 ( ENTRE 10 Y 11)	LA PLATA	BUENOS AIRES	(0221) 4824440 /4232753	<a href="mailto:laplata@osssb.com.ar">laplata@osssb.com.ar</a>	Barrueco, Silvina
MAR DEL PLATA	LA RIOJA 1370 1° PISO	MAR DEL PLATA	BUENOS AIRES	(0223) 4945108 /4937016	<a href="mailto:mardelplata@osssb.com.ar">mardelplata@osssb.com.ar</a>	Cuevas, Luisa
OLAVARRI A	25 DE MAYO 3129	OLAVARRI A	BUENOS AIRES	(02284) 441416	<a href="mailto:olavarria@osssb.com.ar">olavarria@osssb.com.ar</a>	León, Juna Gustavo
RESISTEN CIA	CARLOS PELLEGRINI 336	RESISTEN CIA	CHACO	(0362) 4428603	<a href="mailto:resistencia@osssb.com.ar">resistencia@osssb.com.ar</a>	Gomez, Diego
COMODOR O RIVADAVIA	VELEZ SARFIELD 1745	COMODOR O RIVADAVIA	CHUBUT	(0297) 4462740 /4460299	<a href="mailto:comodorivadavia@osssb.com.ar">comodorivadavia@osssb.com.ar</a>	Balmaceda, Roberto

ESQUEL	SAN MARTIN 782	ESQUEL	CHUBUT	(02945) 453289	<a href="mailto:esquel@osssb.com.ar">esquel@osssb.com.ar</a>	Carrillo, Graciela
CORDOBA	DEAN FUNES 332	CORDOBA CAPITAL	CORDOBA	(0351) 4242759 /4264940	<a href="mailto:cordoba@osssb.com.ar">cordoba@osssb.com.ar</a>	Maritano, Norberto
MARCOS JUAREZ	ALEM 381	MARCOS JUAREZ	CORDOBA	(03472) 428815	<a href="mailto:marcosjuarez@osssb.com.ar">marcosjuarez@osssb.com.ar</a>	Ciutto, Luis
RIO CUARTO	AV. ITALIA 1477	RIO CUARTO	CORDOBA	(0358) 4644777	<a href="mailto:riocuarto@osssb.com.ar">riocuarto@osssb.com.ar</a>	Spinelli, Gustavo
VILLA MARIA	ENTRE RIOS 1246	VILLA MARIA	CORDOBA	(0353) 4522997	<a href="mailto:villamaria@osssb.com.ar">villamaria@osssb.com.ar</a>	Mosquera, Roberto
CORRIENTES	PLACIDO MARTINEZ 1361	CORRIENTES CAPITAL	CORRIENTES	(0379) 4425834	<a href="mailto:corrientes@osssb.com.ar">corrientes@osssb.com.ar</a>	Silva, Alfredo
PASO DE LOS LIBRES	CNEL. LOPEZ 655 1°PISO	PASO DE LOS LIBRES	CORRIENTES	(03772) 426007	<a href="mailto:pasodeloslibres@osssb.com.ar">pasodeloslibres@osssb.com.ar</a>	Manevy, Mónica
CONCEPCION DEL URUGUAY	ROCAMORA 430	CONCEPCION DEL URUGUAY	ENTRE RIOS	(03442) 428484	<a href="mailto:concepciondeluruguay@osssb.com.ar">concepciondeluruguay@osssb.com.ar</a>	Rimoldi, Luis
CONCORDIA	LA RIOJA 828	CONCORDIA	ENTRE RIOS	(0345) 4221581	<a href="mailto:concordia@osssb.com.ar">concordia@osssb.com.ar</a>	Aschiero, Arturo
PARANA	MONTE CASEROS 459	PARANA	ENTRE RIOS	(0343) 4235456	<a href="mailto:parana@osssb.com.ar">parana@osssb.com.ar</a>	Martinez, María Victoria
JUJUY	NECOCHEA 108 1°PISO	JUJUY CAPITAL	JUJUY	(0388) 4223844	<a href="mailto:jujuy@osssb.com.ar">jujuy@osssb.com.ar</a>	Tejerina, Mario
GENERAL PICO	CALLE 18 N° 757	GRAL. PICO	LA PAMPA	(02302) 425482	<a href="mailto:generalpico@osssb.com.ar">generalpico@osssb.com.ar</a>	Moreno, Claudia
LA RIOJA	CORONEL LAGOS 146	LA RIOJA CAPITAL	LA RIOJA	(0380) 4420215	<a href="mailto:larioja@osssb.com.ar">larioja@osssb.com.ar</a>	Larrain, Alejandro
GENERAL ALVEAR	PATRICIAS MENDOCINAS 56	GRAL. ALVEAR	MENDOZA	(02625) 425984	<a href="mailto:generalalvear@osssb.com.ar">generalalvear@osssb.com.ar</a>	Gonzalez, Hernán
MENDOZA	ESPAÑA 1234	MENDOZA CAPITAL	MENDOZA	(0261) 4234353	<a href="mailto:mendoza@osssb.com.ar">mendoza@osssb.com.ar</a>	Abraham, José
SAN RAFAEL	COMANDANTE SALAS 418	SAN RAFAEL	MENDOZA	(0260) 4423959	<a href="mailto:sanrafael@osssb.com.ar">sanrafael@osssb.com.ar</a>	Lopez, Marlene

POSADAS	SAN LORENZO 1670	POSADAS	MISIONES	(0376) 4424800	<a href="mailto:posadas@osssb.com.ar">posadas@osssb.com.ar</a>	Oregon, Héctor
VIEDMA	MITRE 645	VIEDMA	RIO NEGRO	(02920) 428690	<a href="mailto:viedma@osssb.com.ar">viedma@osssb.com.ar</a>	Cayuqueo, Víctor
SALTA	PELLEGRINI 66	SALTA CAPITAL	SALTA	(0387) 4317938	<a href="mailto:salta@osssb.com.ar">salta@osssb.com.ar</a>	Farizano, Indiana
SAN LUIS	BELGRANO 549 1°PISO	SAN LUIS CAPITAL	SAN LUIS	(0266) 4422000	<a href="mailto:sanluis@osssb.com.ar">sanluis@osssb.com.ar</a>	Becerra, Norma
VILLA MERCEDES	MIGUEL B. PASTOR 33	VILLA MERCEDES	SAN LUIS	(02657) 422100	<a href="mailto:villamercedes@osssb.com.ar">villamercedes@osssb.com.ar</a>	Martín, Mónica
RIO GALLEGOS	CHACABUCO Y COMODORO PY S/N	RIO GALLEGOS	SANTA CRUZ	(02966) 440261	<a href="mailto:riogallegos@osssb.com.ar">riogallegos@osssb.com.ar</a>	Terrón, Nelson
EL TREBOL	ITALIA 687	EL TREBOL	SANTA FE	(03401) 422567	<a href="mailto:eltrebol@osssb.com.ar">eltrebol@osssb.com.ar</a>	Bonardo, Aníbal
RAFAELA	ALEM 344	RAFAELA	SANTA FE	(03492) 428457	<a href="mailto:rafaela@osssb.com.ar">rafaela@osssb.com.ar</a>	Chiavassa, Jorge
ROSARIO	SAN LORENZO 1383 PB	ROSARIO	SANTA FE	(0341) 4496949	<a href="mailto:rosario@osssb.com.ar">rosario@osssb.com.ar</a>	Barqui, Mario
SANTA FE	CORRIENTES 2922	SANTA FE CAPITAL	SANTA FE	(0342) 4582265	<a href="mailto:santafe@osssb.com.ar">santafe@osssb.com.ar</a>	Segovia, Gabriel
SANTIAGO DEL ESTERO	PASAJE HEREDIA S/N	SANTIAGO DEL ESTERO	SANTIAGO DEL ESTERO	(0385) 4211583	<a href="mailto:santiagodelesteros@osssb.com.ar">santiagodelesteros@osssb.com.ar</a>	Cassini, Lidia
USHUAIA	AV. MAIPU 333	USHUAIA	TIERRA DEL FUEGO	(02901) 430339	<a href="mailto:ushuaia@osssb.com.ar">ushuaia@osssb.com.ar</a>	Franco, Patricia
TUCUMAN	CONGRESO 651	TUCUMAN CAPITAL	TUCUMAN	(0381) 4201001 /4337474	<a href="mailto:tucuman@osssb.com.ar">tucuman@osssb.com.ar</a>	Soria, María Claudia

## **2.- PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES:**

Para la renovación, alta prestacionales y cambio de prestadores se deberá realizar según resolución 1293/20 de la SSSalud la cual se adjunta al presente instructivo en sus anexos.

Toda la documentación requerida por el Departamento Discapacidad de OSSSB se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

### **DOCUMENTACIÓN GENERAL:**

- **Fotocopia del Certificado de Discapacidad Vigente, con código de barras y verificación de la autenticidad en la Agencia Nacional de Discapacidad (ex S.N.R.)**
- El certificado debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3- Ley 22.431/87) y debe encontrarse vigente al momento de la solicitud.
- En caso de que aún el beneficiario no haya accedido a obtener su Certificado de Discapacidad, **NO PODRÁ presentar trámite solicitando prestaciones por Discapacidad.**
- En los casos de vencimiento del Certificado de Discapacidad y de contar con turno para la renovación, se deberá adjuntar fotocopia del mismo. Las autorizaciones que fueran emitidas hasta el mes de vencimiento del Certificado de Discapacidad pueden prorrogarse hasta la fecha que se presente como turno para su renovación, sólo en los casos en que el certificado vencido indicara discapacidad permanente.

### **SOLICITUD DE PRESTACIONES E INSUMOS del beneficiario titular.**

La nota deberá ser manuscrita y en original (Ver FORMULARIOS DISCAPACIDAD)

- **Fotocopia de DNI. (Titular y Beneficiario).**
- **Constancia de CUIL (Titular y Beneficiario).**
- **Formularios DATOS SOCIO – FAMILIARES:**El beneficiario titular deberá completar el siguiente formulario en original para las prestaciones de Hogar permanente, acompañante/cuidador domiciliario. (Ver FORMULARIOS DISCAPACIDAD).

**Print de la SSSALUD, donde conste la pertenencia del Beneficiario a la OSSSB.**

**Copia del Carnet del Titular y el Beneficiario.**

**Print del Padrón de OSSSB.**

**Fotocopia de comprobantes de pago:**

- **Beneficiarios Titulares:** fotocopia de **recibo de sueldo.**
- **Beneficiarios MONOTRIBUTISTAS:** fotocopia de los **comprobantes de pago** correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de

inicio de la prestación.

- **Beneficiarios JUBILADOS: Recibo de haberes** actualizado.
- **Beneficiarios ADHERENTE:** fotocopia de los **comprobantes de pago** correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.

- **Original de Resumen de historia clínica**

Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación.

Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario y actualizado a la fecha de presentación.

- **Original de Prescripción médica**

Debe presentarse la prescripción médica original de todas las prestaciones requeridas, comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, con firma y sello legible del Médico Tratante, que incluya tipo y número de matrícula.

La fecha de emisión de la prescripción, **deberá ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/20, la fecha debe ser 28/02/20 o anterior).**

Se deberá indicar el diagnóstico y el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2022)

Si se solicitaren prestaciones ambulatorias, se deberá indicar especialidad y cantidad semanal/mensual de sesiones requeridas para cada una de ellas.

Si se solicitare concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble).

***En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado y fundamentado en la prescripción médica.***

La justificación clínica de solicitud de dependencia deberá especificar el puntaje en escala FIM.

La prescripción del tratamiento **NO puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.**

Deberá existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

- **Consentimientos y Presupuestos:**

Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su

representante y por los prestadores de cada prestación brindada.

En el caso de Transporte debe presentar el consentimiento del diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, frecuencias diarias y cantidad de km por viaje.

- **Presupuesto para instituciones y/o profesionales tratantes**

- Modelo Instituciones Educativas (Anexo FORMULARIOS)
- Modelo Instituciones (Anexo FORMULARIOS)
- Modelo Tratamientos (Anexo FORMULARIOS)
- Maestro de Apoyo (Anexo FORMULARIOS)
- Módulo de Integración Escolar (ANEXO FORMULARIOS)

- **Presupuesto de transporte.**

- Modelo Transporte (**Ver Anexo FORMULARIOS**) - Se debe presentar un presupuesto por destino -  
Conforme lo dispuesto por la Res.887-E/2017 de la Superintendencia de Servicios de Salud, los pagos serán efectivizados única y exclusivamente mediante transferencia bancaria a la cuenta del prestador.

*Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la Razón Social (CUIT/DNI) de la facturación presentada, la Constancia de AFIP y Dictamen de Categorización de la A.N.D (ex S.N.R.)*

*Si existe alguna modificación de Cuenta Bancaria, deben solicitar el cambio mediante correo electrónico, enviando nueva nota y comprobante bancario a [facturassur@osssb.com.ar](mailto:facturassur@osssb.com.ar).*

- **Plan de trabajo con objetivos a desarrollar (excepto para la modalidad de transporte).**

### **Constancia de Alumno Regular y CUE (Código Único de Establecimiento)**

Podrá iniciarse el expediente con constancia correspondiente al año 2021, **teniendo plazo hasta Mayo 2022** para remitir el original de la Constancia de Alumno Regular a la Obra Social. PARA EL CASO DE NO REMITIR LA MISMA LA AUTORIZACION AUTOMATICAMENTE SERA DEJADA SIN EFECTO.

La Constancia de Alumno Regular es Obligatoria. Debe incluir horario escolar del establecimiento. Es requisito "El Código Único de Establecimiento (CUE)"

## Prestaciones Ambulatorias

LAS PRESTACIONES AMBULATORIAS DE “REHABILITACION INTEGRAL INTENSIVO”, “REHABILITACION INTEGRAL SIMPLE” y “PRESTACION DE APOYO”.

El tiempo máximo reconocido por sesión de tratamiento en el módulo de rehabilitación ambulatoria/ Prestación de Apoyo es entre 45-60 minutos. Se considerará 1(una) sesión por cada día de asistencia sin excepción.

- **Prestaciones de Apoyo**

Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Estas prestaciones deben estar fundamentadas y tienen que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal. (Se excluye como prestación principal a los módulos de Atención Ambulatoria 4.1.2).

El máximo de horas de prestación de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales de la totalidad de las disciplinas.

Cuando el caso requiera mayor carga horaria, se encuadrará la atención en alguna de las otras modalidades previstas.

La solicitud de estas prestaciones deberá estar debidamente justificada en el plan de tratamiento respectivo.

Solo se reconocerán prestaciones de apoyo como módulo de atención ambulatoria si en la localidad de residencia del beneficiario no cuenta con establecimiento debidamente categorizado.

- **Módulo de Atención Ambulatoria**

Cuando el beneficiario requiera una mayor carga horaria de atención ambulatoria con más de una especialidad, se reconocerá la modalidad como Atención Ambulatoria en:

**Tratamiento Integral Simple:** cuando las sesiones se brinden con una periodicidad menor a 5 días semanales y más de una especialidad (lunes a viernes).

**Tratamiento Integral Intensivo:** comprende la atención de semana completa (5 días de lunes a viernes) y más de una especialidad.

- **Hospital de Día**

Tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con un objetivo terapéutico de recuperación. No comprende la atención de prestaciones en hospitales de día psiquiátricos. En caso de necesidad debe tramitarse por el área de salud mental.

- **Estimulación Temprana**

Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Destinado a bebés y niños pequeños con alguna discapacidad de 0 a 4 años de edad cronológica.

**Documentación para Prestaciones Ambulatorias**

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

***Si la prestación es brindada por instituciones:***

*Categorización VIGENTE COMPLETA Expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (Ex Servicio Nacional de Rehabilitación) y Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).*

***Si la prestación es brindada por profesionales INDIVIDUALES:***

*Fotocopia de título habilitante y fotocopia de la Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP).*

**Prestaciones Educativas Especiales.**

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

- **Educación Inicial**

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

- **Educación General Básica**

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

- **Formación Laboral**

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y

aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

Destinado a Adolescentes, jóvenes discapacitados entre los 14 años y 24 años de edad cronológicamente y aproximadamente.

Adultos con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse de la formación Laboral y/o Rehabilitación Profesional por un período no mayor a 2 (dos) años.

**Documentación para prestaciones educativas especiales**

• **Documentación general (Punto 3.1)**

• **Documentación específica:**

*Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)*

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

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente) **hasta la finalización del nivel de educación secundaria**. De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

El módulo de AIE implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales. Los Equipos de Apoyo deberán brindar prestación tanto en la escuela común como consultorio simultáneo o sucesivo (entra y extra áulica).

• **Podrán brindar Apoyo a la Integración Escolar:**

Instituciones categorizadas ante la Agencia Nacional de Discapacidad (Ex Servicio Nacional de Rehabilitación) para la modalidad AIE.

### Documentación para Apoyo a la Integración Escolar por Equipo

- **Documentación general (Punto 3.1)**

- **Documentación específica:**

**Categorización Vigente COMPLETA** expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)

**Plan de trabajo con sus objetivos**

Adaptaciones curriculares, firmado por representante de la institución a cargo del AIE y por la máxima autoridad de la escuela común (**todas las firmas y sellos en original**).

**Acta acuerdo entre la escuela y el prestador:** firmada por representante de la institución a cargo del AIE, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (**todas las firmas y sellos en original**).

**Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo 2021.** Dicha constancia debe indicar el número de CUE.

- **Maestro de Apoyo**

Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales (NEE) para integrarse en la **ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente) hasta la finalización del nivel de educación secundaria**. De no cumplirse la asistencia a escuela común, la obra social se reserva el derecho de proceder a la baja de la autorización oportunamente emitida.

El módulo de Maestro de Apoyo implica una **carga horaria mínima de 24 hs mensuales**, caso contrario se considerará la prestación como Maestro de Apoyo valor hora.

- **Podrán brindar la modalidad Maestro de Apoyo:**

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

- **ACOMPañANTE ESCOLAR:** SOLO se brindará cobertura a la prestación de "Servicio de Apoyo a la Integración Escolar/Maestro de Apoyo a la Integración Escolar: Que es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquier de sus niveles, y abarca una población entre 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse, permitiendo la inclusión del niño con necesidades especiales, tanto en su escolarización como así también en la adquisición de habilidades sociales con sus pares" .

**La prestación en la modalidad MAESTRO DE APOYO NO PODRA SER BRINDADA POR ACOMPAÑANTES TERAPEUTICOS O ASISTENTES ESCOLARES (APND)**

**Documentación para Maestro de Apoyo**

- Documentación general (Punto 3.1)

- Documentación específica:

**Título habilitante del profesional y Certificado Analítico de Materias. Plan**

**de trabajo con sus objetivos.**

**Adaptaciones curriculares**, firmado por el profesional a cargo del apoyo y por la máxima autoridad de la escuela común (todas las firmas y sellos en original).

**Acta acuerdo:** firmada por el profesional a cargo del modulo, por la máxima autoridad de la escuela común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas y sellos en original).

**Constancia de alumno regular de la escuela común correspondiente al ciclo lectivo 2022.** Dicha constancia debe indicar el número de CUE.

**PLAZO de entrega hasta Mayo 2022 para remitir el original de la Constancia de Alumno Regular a la Obra Social. PARA EL CASO DE NO REMITIR LA MISMA, LA AUTORIZACION AUTOMATICAMENTE SERA DEJADA SIN EFECTO.**

**Centro Educativo Terapéutico – Centro de Día**

- **Centro Educativo Terapéutico**

Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes entre 4 y 24 años de edad, cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y

**INCOMPATIBILIDAD DE PRESTACION ENTRE MAESTRO DE APOYO Y PSICOPEDAGOGIA:**

El profesional que realice la prestación de Maestro de Apoyo NO PUEDE BRINDAR PSICOPEDAGOGIA

requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

- **Centro de Día**

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el

**Documentación para CET/Centro de Día**

- Documentación general (Punto 3.1)

- Documentación específica:

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)**

máximo desarrollo de auto valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

- **Internaciones**

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

Recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de auto-valimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de dependencia y protección.

En caso de solicitar alguna de estas modalidades, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada: el médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar. **Asimismo, en caso que el beneficiario tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.**

**Documentación para internaciones:**

- Documentación general (Punto 3.1)

- Documentación específica:

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).**

**Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.**

- **Internación en Rehabilitación**

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de duración limitada y con objetivos definidos, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario.

**La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas. En caso de solicitar INTERNACIÓN EN REHABILITACIÓN, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada**

### Documentación para Internación en Rehabilitación

- Documentación general (Punto 3.1)
- Documentación específica:

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad** (ex Servicio Nacional de Rehabilitación)

- **Residencia**

Se entiende a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de auto valimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. Destinado a una población entre 18 y 60 años de edad.

### Documentación para Residencia

- Documentación general (Punto 3.1)
- Documentación específica:

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad** (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).

**Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar**, suscripto por Licenciado en

- **Pequeño Hogar:**

Se entiende al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y/o con grupo familiar no continente. Destinado a personas discapacitadas desde los 3 años.

### Documentación para Pequeño Hogar

- Documentación general (Punto 3.1)
- Documentación específica:

**Categorización Vigente COMPLETA expedida por la Agencia Nacional de Discapacidad** (ex Servicio Nacional de Rehabilitación).

**Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar**, suscripto por Licenciado en

## **Transporte especial**

El módulo de transporte comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa.

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario **se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado**

**gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley Ley 24314, art 22 inc a).**

No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino.

De acuerdo a Res 1192/15 – MS, la autorización se emitirá por km de traslado, conforme determina en forma objetiva el programa de georeferenciamiento utilizado, y será abonada por mes completo.

**Documentación para Transporte Especial:**

- Documentación general (Punto 3.1)
- Documentación específica:  
Planilla de Solicitud de Transporte completa en su totalidad por el médico tratante.  
  
Fotocopia de la habilitación vigente.  
  
Fotocopia de la póliza de seguro y comprobante del último pago del transportista. Fotocopia

• **DEPENDENCIA**

Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulación, conforme el índice de independencia funcional (FIM)

**El FIM no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario.**

- **Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia para las modalidades:**
  - Centro de Día.
  - Centro Educativo Terapéutico.
  - Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico.
  - Transporte y en los casos en que se encuentre debidamente justificado.

**CAMBIO DE PRESTADOR**

- En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con prestaciones por discapacidad ya otorgadas, la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad.

La nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio (VER FORMULARIOS OSSSB) debe indicar:

- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- Firma, aclaración y número de documento del titular
- Documentación pertinente al nuevo prestador (según corresponda a la modalidad).

• **CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO**

**Casos de fallecimiento del beneficiario causante, deberán presentar:  
Certificado de defunción.**

**Nota del beneficiario titular** informando la fecha de finalización del tratamiento.

**Abandono del tratamiento.**

- **Nota del beneficiario titular** especificando la fecha de *finalización de la prestación recibida*

*Motivos por los cuales la misma fue interrumpida.*

• **HIDROTERAPIA**

La prestación será autorizada únicamente cuando el paciente presente espasticidad muscular y durante un período de tiempo nunca mayor a un año. La prestación deberá brindarse en Instituciones de Salud o en piletas habilitadas para tal fin por el Ministerio de Salud jurisdiccional.

El profesional a cargo de la prestación deberá ser indefectiblemente kinesiólogo o fisiatra (los profesores de educación física no están habilitados para brindar tratamientos por lo que la prestación NO será autorizada a cargo de tales profesionales).

• **RECLAMO DE DOCUMENTACION FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA**

Solo serán recepcionadas solicitudes con **documentación completa**. En caso de detectarse faltantes o inconsistencias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente.

icho reclamo se realiza por medio de una notificación escrita desde el Sector de Discapacidad, a través de la Delegación que le correspondiere al beneficiario por su jurisdicción, debiendo cumplimentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente.

***PARA EL CASO DE NO REMITIR LA DOCUMENTACION SOLICITADA EN LOS PLAZOS REQUERIDOS, DARA LUGAR A LA OBRA SOCIAL A BRINDAR COBERTURA SOLO A PARTIR DE LA PRESENTACION COMPLETA. NO SE EFECTUARAN AUTORIZACIONES CON EFECTO RETROACTIVO.***

# **FORMULARIOS**



# **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**Resolución 1731/2021**

**RESOL-2021-1731-APN-SSS#MS**

---

Ciudad de Buenos Aires, 12/10/2021

VISTO el Expediente EX-2021-88639967-APN-SSS#MS, las Leyes N° 23.660, N° 23.661, N° 24.901, N° 26.378, N° 26.682, N° 27.541, los Decretos N° 904 de fecha 2 de agosto de 2016, N° 297 de fecha 19 de marzo de 2020 y sus respectivas prórrogas y modificaciones, y N° 167 de fecha 11 de marzo de 2021, la Resolución N° 428 de fecha 23 de junio de 1999, del registro del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, sus modificatorias y complementarias, las Resoluciones N° 887 de fecha 23 de octubre de 2017, sus modificatorias y complementarias, N° 308 de fecha 6 de abril de 2020, N° 349 de fecha 15 de abril de 2020 y N° 1293 del fecha 8 de octubre de 2020, del registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD; y

CONSIDERANDO:

Que por Ley N° 26.378 se aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Que, en concordancia con su espíritu, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, a través de la UNIDAD DE ORIENTACIÓN Y GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD creada por la Resolución N° 582/20, en el trabajo en conjunto con los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga, adopta medidas tendientes a asegurar el acceso a las prestaciones de los beneficiarios con discapacidad de manera igualitaria y sin restricciones.

Que la Ley N° 24.901 instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Que los artículos 2° y 6° de dicha norma y el artículo 7° de la Ley N° 26.682 imponen con carácter obligatorio, para los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga, la cobertura total de las prestaciones básicas de atención integral para sus beneficiarios y usuarios con discapacidad.

Que, entre las funciones que ejerce la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, se encuentra la de fiscalizar el cumplimiento, por parte de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga, de la cobertura a la que se encuentran obligadas, de manera integral, accesible e igualitaria.

Que el Decreto N° 904/16 creó un mecanismo denominado "INTEGRACIÓN" para el financiamiento directo del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN a los Agentes del Seguro de Salud, de la cobertura de las prestaciones médico-asistenciales previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, aprobado por la Resolución 428/99 del entonces MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, o la que en el futuro la reemplace.

Que, con base en las facultades otorgadas a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD por el mencionado Decreto, por la Resolución N° 887/17 se aprobaron el procedimiento y los requisitos que deben cumplimentar los Agentes del Seguro de Salud en sus solicitudes de fondos a través del mecanismo "INTEGRACIÓN".

Que por las Resoluciones N° 308/20, N° 349/20 y N° 1293/20 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se establecieron las modalidades de solicitud de fondos por vía del mecanismo "INTEGRACIÓN" y los requisitos de prórroga de las prestaciones que se encontraban en curso para el año 2020, mientras estaban vigentes las condiciones establecidas en el Decreto N° 297/20.

Que, por el mencionado Decreto, sus prórrogas, modificaciones y normativa complementaria, con el fin de contener y mitigar la propagación de la epidemia de COVID-19, el PODER EJECUTIVO NACIONAL estableció el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” y el “distanciamiento social, preventivo y obligatorio”.

Que por el Decreto N° 167/21 se prorrogó la emergencia sanitaria dispuesta por la Ley N° 27.541 y ampliada por el Decreto N° 260/20, hasta el 31 de diciembre de 2021.

Que las medidas adoptadas en el país con base en la dinámica de transmisión del virus Sars-Cov-2, lograron la incorporación de una reapertura programada de las actividades afectadas, respetando las medidas sanitarias establecidas a nivel nacional y aquellas implementadas específicamente en cada jurisdicción.

Que, en tal sentido, y con el objeto de asegurar el acceso a las prestaciones para las personas con discapacidad mediante el desarrollo de políticas que garanticen la calidad y el cumplimiento de la normativa, resulta necesario establecer nuevas pautas para la solicitud de prestaciones para el año 2022.

Que, de conformidad con lo establecido por los artículos 11 y 12 de la Ley N° 24.901, resulta fundamental la participación activa del equipo interdisciplinario de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga en el desarrollo de las tareas que le son encomendadas.

Que, en tal sentido, los equipos interdisciplinarios de los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga, en conjunto con el/los prestador/es, deberán evaluar el plan de abordaje que mejor se ajuste a las necesidades de la persona con discapacidad y su familia, asegurando la disponibilidad de servicios accesibles, suficientes y oportunos.

Que las prestaciones solicitadas conforme los términos de la Resolución 1293/20 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD tendrán vigencia hasta el día 31 de diciembre de 2021.

Que la Unidad de Orientación y Gestión de las Prestaciones para las Personas con Discapacidad, las Gerencias de Gestión Estratégica, de Asuntos Jurídicos y la Gerencia General han tomado la intervención de su competencia.

Que la presente Resolución se dicta en uso de las facultades otorgadas por los Decretos N° 1615/96, N° 2710/12 y N° 307/21.

Por ello,

**EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD  
RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.-** La solicitud de prestaciones para las personas con discapacidad ante los Agentes del Seguro de Salud y/o Entidades de Medicina Prepaga, para el período del año 2022, deberá efectuarse conforme las pautas establecidas en el ANEXO I (IF-2021-92409000-APN-SSS#MS), que se aprueba y forma parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 2°.-** La conformidad de las prestaciones mencionadas en el artículo 1° deberá prestarse por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor, según corresponda, de conformidad con lo previsto en el ANEXO II (IF-2021-88686019-APN-SSS#MS), que se aprueba y forma parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 3°.-** La documentación respaldatoria requerida para la solicitud de las prestaciones mencionadas en el artículo 1°, podrá ser presentada por medios digitales al Agente del Seguro de Salud o a la Entidad de Medicina Prepaga, según corresponda.

**ARTÍCULO 4°.-** Deróganse, a partir del 1° de enero de 2022, las Resoluciones N° 308/20, N° 349/20 y N° 1293/20 de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

**ARTÍCULO 5°.-** La presente Resolución entrara en vigencia a partir del siguiente día de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL y será aplicable a las prestaciones que se brinden para el período 2022.

**ARTÍCULO 6°.-** Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Daniel Alejandro Lopez

NOTA: El/los Anexo/s que integra/n este(a) Resolución se publican en la edición web del BORA -www.boletinoficial.gob.ar-

e. 14/10/2021 N° 76555/21 v. 14/10/2021

**Referencia:** ANEXO I

## **ANEXO I**

### **Documentación respaldatoria para la solicitud de prestaciones 2022.**

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo

por foto o escaneada, por medios digitales.

- Certificado de Discapacidad vigente.
- Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante.
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

Conforme ANEXO II.

- Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
- Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
- Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- Presupuesto prestacional.

En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo

y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

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 y/o

Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran.

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)

- 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 para las prestaciones terapéutico-educativas,

educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.

- Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.

- Constancia de CUIT.

- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

• Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica por prestación:

*Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:*

• Constancia de alumno regular.

• Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador.

Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

•

*Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar:*

Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

Transporte:

Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

- 

- Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.

- Habilitación, póliza de seguro, verificación técnica vehicular, licencia de conducir.

Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

- 

Los modelos de planillas deberán respetar el formato que cada Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga confeccione para la solicitud de prestaciones del año 2022.

El equipo interdisciplinario de los Agentes del Seguro de Salud y de las Entidades de Medicina Prepaga en caso

se considerarlo pertinente, podrán solicitar documentación respaldatoria adicional.

**Referencia: ANEXO II**

**ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022**

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo

(.....) N° ....., doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación

se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. Prestación: \_\_\_\_\_

Prestador: \_\_\_\_\_

Período de la prestación: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

1. 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: .....



**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

OBRA SOCIAL:.....

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

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO	
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD		SEXO	

Diagnóstico de la patología incapacitante: .....

Indicar resumen del paciente: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**FIRMA Y SELLO DE MEDICOTRATANTE**



**ORDEN MÉDICA**

OBRA SOCIAL: .....

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

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD		PLAN

DIAGNOSTICO: .....

1. Se indica: .....

por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo

..... a ..... del año .....

2. Se indica: .....

por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo

..... a ..... del año .....

3. Se indica: .....

por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo

..... a ..... del año .....

4. Se indica: .....

por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo

..... a ..... del año .....

5. Se indica : .....

por la cantidad de ..... sesiones semanales durante el periodo

..... a ..... del año .....

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....

**FIRMA Y SELLO DE MEDICOTRATANTE**



**ORDEN MÉDICA (Transporte)**

OBRA SOCIAL: .....

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

NOMBRE		APELLIDO		Nº BENEFICIARIO
TIPO DE DOC	Nº DOCUMENTO	EDAD		PLAN

DIAGNOSTICO: .....

1. Se indica: .....

Desde .....

Hasta .....

durante el periodo..... a .....del año .....

2. Se indica: .....

Desde.....

Hasta.....

Durante el periodo..... a .....del año .....

3. Se indica: .....

Desde.....

Hasta.....

Durante el periodo..... a .....del año .....

4. Se indica: .....

Desde.....

Hasta.....

Durante el periodo..... a .....del año .....

¿Requiere dependencia? SI / NO

.....

**FIRMA Y SELLO DE MEDICOTRATANTE**



SOLICITUD DE PRESTACIONES E INSUMOS:

Lugar y fecha.....

Señor Presidente de la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios:

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

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

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

Apellido y Nombres:.....Edad:.....

Lugar y fecha de nacimiento.....

Estado Civil: .....Domicilio actual.....

Ciudad.....Provincia.....CP.....

DNI.....Parentesco con el titular:.....

Teléfono.....e-mail.....

DATOS DEL TITULAR:

Apellido y Nombres:.....CUIL.....

Domicilio actual.....

Ciudad.....Provincia.....CP.....

Teléfono.....e-mail.....

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

.....  
Firma del beneficiario

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

.....  
Aclaración

.....  
Aclaración



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO Y/O PRÁCTICA  
AMBULATORIA:

Ciudad de.....

Obra Social: .....

RNOS: .....

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

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

NOMBRE Y APELLIDO.....

D.N.I.....

FIRMA.....

ACLARACION.....

Por la presente certifico que he explicado los alcances del tratamiento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

que se brinda al beneficiario y que se han contestado todas las preguntas en torno a las características del mismo.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL.....

❖ SE DEBERA PRESENTAR CONSENTIMIENTO PARA CADA PRESTACION QUE EL PACIENTE REALICE



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA INSTITUCIONES:

Lugar y fecha.....

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

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

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Modalidad Prestacional a brindar:.....

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

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación: .....

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

Email:.....CUIT..... Condición frente al

IVA:.....

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....

Firma, aclaración y sello de la institución



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS PARA PROFESIONALES INDIVIDUALES:

Lugar y fecha.....

DATOS DEL BENEFICIARIO PACIENTE:

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

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación / Especialidad a brindar: .....

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

Cantidad de sesiones semanales y mensuales: .....

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

DATOS DEL PRESTADOR:

Razón Social:.....

Domicilio real de la prestación: .....

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

Tel:.....e-mail .....

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

Cronograma de Asistencia:

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
DESDE						
HASTA						

.....

Firma, aclaración y sello del Profesional



PRESUPUESTO DE PRESTACIONES PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

Lugar y fecha.....  
Apellido y Nombre del Titular.....  
Apellido y Nombre del Beneficiario .....DNI.....  
El niño concurre acompañado por.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad:.....  
Período: Desde.....Hasta ..... 20.....  
Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....  
Monto por sesión (si es única prestación).....  
Monto Mensual.....  
Monto del Módulo ( si es brindada por equipo ).....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido/Razón Social.....  
Domicilio real de la prestación.....  
Localidad.....Provincia.....Teléfono.....  
Email.....CUIT.....  
Cronograma de Asistencia:

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

.....  
Firma, aclaración y sello del Profesional



**PRESUPUESTO DE PRESTACIONES POR REHABILITACIÓN - INSTITUCIONES:**

Lugar y fecha.....

Apellido y Nombre del Titular.....

Apellido y Nombre del Beneficiario .....DNI.....

El niño concurre acompañado por.....

**DATOS DE LA PRESTACIÓN:**

Prestación/ Especialidad:.....

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

Cantidad de sesiones semanales y mensuales.....

Monto por sesión .....Monto Mensual.....

Valor del Módulo... ..

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Nombre y Apellido/Razón Social.....

Domicilio real de la prestación.....

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

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

Cronograma de Asistencia:

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

.....  
Firma, aclaración y sello de la Institución



PRESUPUESTO MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

Lugar y fecha.....  
Apellido y Nombre del Titular.....  
Apellido y Nombre del Beneficiario .....  
DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: MAESTRA DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.  
Período: Desde.....Hasta..... 20.....  
Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido .....  
Domicilio .....  
Localidad.....Provincia.....  
Tel:..... Email.....  
CUIT.....Cheque a la orden de.....  
.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:

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

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....  
Firma, aclaración y sello del Profesional



PRESUPUESTO EQUIPO DE APOYO PARA LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:

Lugar y fecha.....  
 Apellido y Nombre del Titular.....  
 Apellido y Nombre del Beneficiario .....DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

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

Período: Desde.....Hasta..... 20.....  
 Cantidad de Horas Mensuales.....Monto Mensual.....

DATOS DEL PRESTADOR:

Nombre y Apellido .....  
 Domicilio.....  
 Localidad.....Provincia .....  
 Tel..... Email.....CUIT.....  
 Cheque a la orden de.....

CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD ÁULICA:

Escuela donde brindará la prestación:.....  
 Domicilio.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					

HASTA					
-------	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD EXTRA-ÁULICA:

Conformación del Equipo Profesional Interviniente:

1. Nombre y Apellido .....

Título Profesional.....

Objetivo de la Intervención .....

.....

.....

.....

.....

2.Nombre y Apellido .....

Título Profesional..... Objetivo  
de la Intervención .....

.....

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

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

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

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

.....Localidad.....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

.....

Firma, aclaración y sello del Representante del Equipo



**ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR:**

A los.....días del mes.....del año 20.... en la ciudad.....

se establece el presente acuerdo entre la Escuela .....

.....con domicilio en.....

.representada por .....

la Maestra de Apoyo / el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, representado

por.....y la familia del niño/a .....

.....con DNI... .. para llevar a cabo

la integración del niño/a en el Año / Sala.....Turno .....

DÍAS Y HORARIOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESDE					
HASTA					

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

- Atender al / a la niño / a según las necesidades vinculadas a su educación.
- Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- Acordar criterios de Evaluación, Calificación y Acreditación teniendo en cuenta las nomas emanadas del Ministerio de Educación.
- Realizar la Evaluación Media y Final en forma interdisciplinaria.

La Familia se compromete a:

- Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- Compartir el seguimiento del proceso de integración y promoción.
- Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

La continuidad del / la alumno / a en el Proyecto de Integación Escolar será evaluada por el Colegio y el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar, quienes en forma conjunta podrán considerar, toda vez que el caso lo amerite, un cambio de estrategia tendiente a facilitar el logro de los objetivos educativos planteados para el niño / a.

La no continuidad del proyecto podrá darse:

- Incumplimiento de los ítems mencionados ut-supra.
- Falta de progresos significativos en el aprendizaje.

- Modificaciones importantes en la conducta.

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

.....  
Firma y aclaración del Padre  
Madre / Tutor

.....  
Firma, aclaración y sello de  
Maestra / Equipo a la  
Integración Escolar



**DISCAPACIDAD-TRANSPORTE DIAGRAMA TRASLADOS CONSENTIMIENTO**

Lugar y fecha de emisión: .....

Razón social del prestador: .....

Domicilio: .....

Localidad/Provincia: .....

Teléfono: .....

Mail:.....

Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

**TRASLADOS**

PARTIDA	DESTINO	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	VALOR/KM	VALOR DIARIO

Dependencia ( SI / NO )

Monto mensual: \$.....

Periodo traslados. Desde ...../...../.....

Hasta: ...../...../.....

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

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado

.....

Firma, aclaración y sello de la Empresa Transportista

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte descrito precedentemente al beneficiario.....

DNI.....Nro. de Afiliado.....

.....  
Firma de beneficiario o representante

.....  
Aclaración

.....  
DNI

Lugar y fecha de consentimiento.....



MODELO DE PLAN DE TRABAJO INSTITUCIONES / PROFESIONALES:

Lugar y fecha.....

Apellido y Nombre del Beneficiario .....

DNI.....

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

Prestación/ Especialidad: .....

Período: Desde.....Hasta..... 20.....

OBJETIVOS CONCRETOS PROPUESTOS POR DISCIPLINA:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

.....  
Firma, aclaración y sello del Profesional

.....  
Firma y aclaración del beneficiario



## TABLA DE MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM):

Paciente.....DNI..... Diagnóstico.....

Institución.....Modalidad.....Fecha.....

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

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría de **O.S.S.B.**, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica 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.**

.....  
Firma

.....  
Firma y sello profesional

.....  
Firma y sello profesional



**PLANILLA DE DATOS SOCIO-FAMILIARES:**

Lugar y fecha.....

Apellido y Nombre del Titular .....

Domicilio.....

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

Apellido y Nombre del Beneficiario .....

Prestación solicitada .....

**GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE:**

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

**GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE:**

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	VÍNCULO	OCUPACIÓN	DÍAS Y HORARIOS

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

Lugar y fecha de emisión.....

.....

Firma y aclaración del titular



.....  
Firma Y aclaración titular

.....  
Firma y aclaración prestador



## **IMPORTANTE:**

- ❖ Las prestaciones podrán ser brindadas solamente cuando exista **AUTORIZACIÓN PREVIA** del Área Discapacidad de la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios.

**El inicio de las prestaciones sin autorización previa, resulta de EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR y no obliga a la Obra Social de Servicios Sociales Bancarios a cubrir las prestaciones.**

**La existencia de cobertura en años anteriores al período solicitado, NO DA DERECHO al profesional interviniente**

**( particular o institución ) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte del Área de Discapacidad ni obliga a la**

**O.S.S.B. a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.**

## **INSTRUCTIVO PARA ENTREGA DE FACTURACIÓN**

- ❖ Las facturas de las prestaciones autorizadas solamente serán recibidas por la Gerencia de Administración y Finanzas, Sector

Facturación Discapacidad SUR, sito en 25 de Mayo 182 Planta Baja de lunes a viernes en el horario de 9,30 hs a 13 hs.  
([facturassur@osssb.com.ar](mailto:facturassur@osssb.com.ar))

**Como deben confeccionarse las facturas:**

- 1.- Deberán estar a nombre de la **OBRA SOCIAL DE SERVICIOS SOCIALES BANCARIOS**, 25 de Mayo 182, CABA; CUIT 30-❖ 69156146-8.

2.- Las Facturas deberán ser tipo B ó C. Con facturas B, en el momento que se haga efectivo el pago deberá presentar en forma obligatoria para el cierre de la operación el correspondiente recibo de cancelación de la factura presentada debiendo entregarlo en la tesorería.

3.- Se deberá especificar:

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

En caso de facturas por transporte se deberá especificar:

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

- Cantidad de viajes.

4.- Las facturas de los tratamientos ambulatorios y Apoyo a la Integración Escolar deberán entregarse con el formulario de asistencia del tratamiento.

5.- Las facturas se deberán presentar a mes vencido, es decir una vez realizada la prestación.

6.- No se aceptarán facturas con enmiendas, tachaduras o roturas.

PROVINCIA	DIRECCIÓN	LOCALIDAD	ID PRESTADOR	PRESTADOR	cuit	TE PRESTADOR	MAIL PRESTADOR	PRESTACIÓN	COD. DESAGREGACION	Inscripcion ANDIS	Inscripcion RNP
BUENOS AIRES	N.S.DE LA MERCED 5519	CASEROS ,PDO. 3 DE F	4882	PARQUE HOGAR S.A.	30-60654151-8	4659-8464	adm.hcd@parquehogar.com.ar	HOGAR	10	SI	SI
CORDOBA	CALLE TRONADOR 2186	Bo AMEGHINO	5157	GARCIA ANA MARIA	27-14417068-2	null	ANAGARCIA0404@HOTMAIL.COM	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	CALLE TRONADOR 2186	Bo AMEGHINO	5158	TORRES MARIA LAURA	27-29476490-4	351-7673022	MARIALAURAS12@HOTMAIL.COM	INTEGRACION ESCOLAR	7	NO	NO
BUENOS AIRES	JOSE SANCHEZ 1693	ADROGUE	5178	RODRIGUEZ JUAN ESTEBAN	20-16325948-7	11-62032063	transporte.escolar.r.z.r@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	AV. INDEPENDENCIA 3478 1º DT	CAPITAL FEDERAL	5201	MAJLUFF CAROLINA CINTIA	27-29259459-9	11 650304687	c.majluff@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	EL TIZIANO 2532	MORENO	5206	CENTRO DE RECREACION Y EDUCACION ESPE	30-60885892-6	237-4633314	administracion@creemoreno.com.ar	CTRO	3	SI	SI
BUENOS AIRES	JOSE SANCHEZ 1693	ADROGUE	5219	BETANIA ENCUENTRO DE NIÑOS ESPECIALES	30-64954042-6	11-4231-5693	info@betaniaturdera.org.ar // betaniaturdera@yahoo.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	SANTO TOME 4655 DTO 2	CAPITAL FEDERAL	5260	UMANSKY PATRICIA ANDREA	27-10460032-3	4750 8383	eeCASEROS@gmail.com	CET JORNADA DOBLE	4	SI	SI
SANTA FE	PJE. NICOLORICH 1055	ROSARIO	5270	GOMEZ CARLOS DANTE DARIO	20-22224581-9	155914725	carlosdantegomez@yahoo.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	AV.JUAN BAUTISTA ALBERDI 328	CAPITAL FEDERAL	5272	GOÑI PATRICIA MARLENE	27-92400537-3	49838116	patriciamgoni@yahoo.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	CONCORDIA 2175	CAPITAL FEDERAL	5273	CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL NI UNO ME	30-70933450-2	4821 2184	info@centroni1menos.com.ar	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	PJE.ROSSI 2875	LANUS	5283	CE.DI.O - BAENA SABRINA MONICA	27-27088532-8	4289 5283	ce_di_o@hotmail.com	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE C	3	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	PASCO 505 PB DTO 2	CAPITAL FEDERAL	5288	CAMPO ALTO - SERVIAM SOC DE RESP LTDA	30-64665847-7	4771 4458	institutocampoalto@yahoo.com.ar	CTRO DE DIA	3	SI	SI
BUENOS AIRES	LA MATANZA 806	AVELLANEDA	5292	UN NUEVO HORIZONTE SRL	30-65946022-6	4501-1611	instituto nuevohorizonteadm@gn	ESCOLARIDAD	5	SI	SI
BUENOS AIRES	AZCASUBI 6931		5293	GLASBAUER DIEGO MARTIN	20-21613057-0	4581 1489	administracion@manoconmano.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	SANTANDER 1793	CAPITAL FEDERAL	5294	TRESOLS PAULA ADRIANA	27-18327906-3	11-49021927	PAUTRESOLS@HOTMAIL.COM	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	YERBAL 2195 - Pº 7 - DPTO A	CAPITAL FEDERAL	5298	INSTITUTO RAICES SRL	30-67608748-2	4671-7930	info@institutoraices.com.ar	HOGAR C/CTRO DE DIA	10	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	COSTA RICA 5624	CAPITAL FEDERAL	5300	ASANA	30-55918299-7	4771 9552	hogarasana@gmail.com	HOGAR	10		
CAPITAL FEDERAL	VIRREY OLAGUER Y FELIU 3128	CAPITAL FEDERAL	5302	KAUSAS SRL	30-66170457-4	48612971	consultas@kausas.com.ar // kaunorcar@gmail.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
BUENOS AIRES	AV SAN MARTIN 536	BERNAL	5308	OMHOSPA SA	30-70730904-7	4251-6100	visuales@visol.com.ar	HOGAR PERMANENTE	10	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	LUIS VIALE 2353 DTO. 2	CAPITAL FEDERAL	5323	FUNDACION CECILIA DETRY DE MILB	30-64495068-5	230-4492418	mmarizaldi@somoscedemil.org.ar	CTRO DE DIA	3	SI	SI
BUENOS AIRES	CAMBELL 891 Y LORIA	GLEW	5352	INSTITUTO JHAITI S.R.L	30-66172705-1	11-42904770	jhaiti@escape.com.ar, jhaiti_adm_ok@hotmail.com	FORMACION LABORAL	8	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	JUAN CARLOS GOMEZ 75	CAPITAL FEDERAL	5356	HERRERA ROXANA MIRIAM	27-21484243-8	11-44131874	roxanaherrera862@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	JUAN CARLOS GOMEZ 75	CAPITAL FEDERAL	5425	INSTITUTO TERAPEUTICO EDUCATIVO DE INT	30-71102982-2	11-46332721	itedis@live.com.ar	CTRO DE DIA	3	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	RODRIGUEZ PEÑA 714 2	CAPITAL FEDERAL	6045	KUKICH JUAN CARLOS VICENTE	20-16196718-2	232-4433735	institutodiferencialprivado@hotmail.com	HOGAR PERMANENTE C/ CTRO DE	10	SI	SI
CORDOBA	LA RAMADA 2484	CORDOBA	6138	CONGREGACION HIJAS DE SAN CAMILO	30-54590296-2	03543 420334		HOGAR	10	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	LUIS BELAUSTEGUI 1149 P8 DTO	CAPITAL FEDERAL	6148	JUAN BOSCH VIAJES Y TURISMO SRL	30-70890510-7	11-43722949	administracion@juanboschviajes.com.ar	TRANSPORTE	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	AV. INDEPENDENCIA 3478 1º DT	CAPITAL FEDERAL	6156	MICONE FERNANDA CLAUDIA	27-24623576-2	11-44301684	fermicone@yahoo.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	ARANJUEZ 1153	LA REDENCION	6590	ARRIGA GABRIELA VANESA	27-31440251-6	351-2221883	fonaudiologa.gabriela.arriga@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	DEAN FUNES 873 PISO 2 DTO B	CORDOBA	6797	FUNDACION LORENZO MILANI	30-70922100-7	03543 - 420896	fundacionlorenzomilani.com	HOGAR PERMANENTE C/ DEP	10	NO	
ENTRE RIOS	B PARANA XX MZ 2 SEC.3 -DPTO	PARANA	6799	PESOA MARIA FLORENCIA	27-31724502-0	343-154543051	mariaflorenciapeso@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	CALLE TRONADOR 2186	Bo AMEGHINO	6846	CARRICABURU LUCRECIA IRIS	27-31976486-6	351-2270280	lucrec85@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
Z-SIN ESPECIFICAR			6859	ROQUE IGNACIO QUILODRAN	30-71203640-7	11-46562772	centrodediacavihue@gmail.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
BUENOS AIRES	AV.MITRE 423 PISO 9 DT F	AVELLANEDA	6880	TORRES VANINA NATALIA	27-27145615-3	1558682156	vanistorres@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	AV.MITRE 423 PISO 9 DT F	AVELLANEDA	6882	MATA SANDRA NELLY	27-18416064-7	11-42042698	sandranmata@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	VIRREY OLAGUER Y FELIU 3128	CAPITAL FEDERAL	6891	ARAMBURU ANDRES ALEJANDRO	20-26200215-3	39733182	transporteandres@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
Z-SIN ESPECIFICAR			6898	ALBORNOZ SANDRA ANALIA	27-17615999-0	3434228117	parana@ossbcom.ar	NEUROKINESIO	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	CONCORDIA 2175	CAPITAL FEDERAL	6952	PIERI MARIA CRISTINA ADA	27-13431605-0	4582-4041	ser.rehabilitacion@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	CONCORDIA 2175	CAPITAL FEDERAL	6961	TEDESCO IVANA	27-17110711-9	45414443	ivana08013@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	FIGUEROA ALCORTA 1079		6972	ABRAHAM DANIEL WALTER	20-14564208-7	11-50523227	dwabraham61@yahoo.com.ar	TRANSPORTE	11	NO	NO
BUENOS AIRES	SAN MARTIN 3757 PISO 11 DEPT	LOMAS DEL MIRADOR	7045	DONATO ANDREA FABIAN	27-17029584-1	4788 2286	andrea.donato@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	BARRIO DEBA CASA 2	BAHIA BLANCA	7087	VENTURA YANINA DENISSE	27-23130457-1	291-156489556	yaninaventura@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ALBERTI 470	LOMAS DE ZAMORA	7148	CLINICA PRIVADA UNO S.A.	30-71162326-0	11-42825924	clinicaprivadauno@gmail.com, majadolaura@hotmail.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	SANTO TOME 4655 DTO 2	CAPITAL FEDERAL	7201	AGUIRRE CRISTIAN ANTONIO	20-27288380-8		transporteespecialoeste@hotmail.com	TRANSPORTE A CTRO DE DIA C/ DEP	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	POLA 1749	CAPITAL FEDERAL	7208	CUMEDI SRL	30-71154771-8	1146017410	cosquincet@gmail.com	CET	4	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	CONCORDIA 2175	CAPITAL FEDERAL	7228	RUSED SILVIA GUADALUPE	27-28125646-2	11 50168964	guadalupusek@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	AYACUCHO 3297	OLIVOS	7236	RACOSTA MARIA CECILIA	27-20054046-3	11-51171413	infootrasmiradas@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	DIAG. CARLOS PELLEGRINI 912	GRAL. ALVEAR	7237	CENTRO DE DIA NUEVO SOL	27-17544685-6	(0260) 154595	nuevo.sol1@hotmail.com	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE C	3	SI	SI
BUENOS AIRES	AYACUCHO 3297	OLIVOS	7244	OLIVA CAROLINA	27-28714197-7	11-51171413	infootrasmiradas@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	JUAN B JUSTO 3367 P 1 Dto 4	CAPITAL FEDERAL	7245	ASOCIACION AMAR	30-55777281-9	4931-5227	administracion@asociacionamar.org.ar	HOCAR C/ CTRO DE DIA	10	SI	SI
CORDOBA	CALLE TRONADOR 2186	Bo AMEGHINO	7246	NASTRI EMILSE VICTORIA	27-30899389-8	351-5590106	emilsenastri@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI

CAPITAL FEDERAL	CAMPANA 4210	CAPITAL FEDERAL	7248	ALBANTA SRL	30-70397415-1	11-45035241	albanta.adm@hotmail.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
MENDOZA	DIAG. CARLOS PELLEGRINI 912	GRAL. ALVEAR	7262	CRESPILLO JOSE MIGUEL	20-32747610-7	2625-15455722	josmiguelcrespillo@yahoo.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	CAMPANA 4210	CAPITAL FEDERAL	7265	FM TRANSPORTE	27-36873877-3	11-47711196	laura_muti@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	GREGORIO DE LAFERRERE 6692	CAPITAL FEDERAL	7309	CAPORALE MIRTA VIVIANA	27-11423079-6		class@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	FRANCO 3330 1° DEPTO 145	CAPITAL FEDERAL	7315	CTRO. EDUC. TERAP. CAITI SRL	30-7081964-5	11-45233005	caitisrtea@gmail.com, caitisrtea@gmail.com	CET	4	SI	SI
BUENOS AIRES	GDOR.ARANA 2889	MORON	7325	INCLUDERE S.R.L.	30-71240038-9		info.includere@gmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
ENTRE RIOS	ESPAÑA 267 PISO 1 DTO A	PARANA	7346	WALLINGRE HECTOR ALCIDES	20-21697327-6	3434318368	lighuenparana@hotmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
SALTA	RIVADAVIA 195	CERRILLOS	7348	FUNDACION LEVEN-LINEAMIENTO Y ENFOCU	30-71035755-9	387-4999036	levencerrillos@yahoo.com.ar	MRII	1.1	SI	
CORDOBA	19 DE OCTUBRE 1559	MARCOS JUAREZ	7357	BERTERO ROSANA ELIZABET	27-26015270-5	3472-15589434	rosana-bertero@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	19 DE OCTUBRE 1559	MARCOS JUAREZ	7360	DOFO YANINA MERCEDES	27-28715208-1	15468114	yanidofo@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	POLA 1749	CAPITAL FEDERAL	7361	TRANSPORTE ROMA	23-28953867-4		dariogencarelli@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	CARABOBO 611	CAPITAL FEDERAL	7364	INFANCIAS INSTITUTO SRL	30-70859288-5	4862-2513	info@infancias.org, administracion@infancias.org	FORMACION LABORAL	8	SI	SI
BUENOS AIRES	WENCESLAO DE TATA 4450	CASEROS ,PDO. 3 DE F	7368	UNION OCHO SA	30-71066411-7	4758-2438	union.ocho@gmail.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
CORDOBA	LOS FRIULANOS 6139 PB 3	AEROPUERTO CORDOBA	7371	EGEA SILVINA MARIA	27-20630428-1	351-4527485	recepcion@neuroability.com.ar	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	AV.JUAN BAUTISTA ALBERDI 328	CAPITAL FEDERAL	7393	LIC. LOJO MARIA F. PSICOPEDAGOGIA	27-30448118-3	4633-4458	fernanda.lojo@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	LARREA 1051 1 A	CAPITAL FEDERAL	7400	BORGIOLO DIEGO JAVIER	20-16677004-2	1158061521	djborgiolo2014@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	AV LOS PORTEÑOS S/N	NONO	7438	MARCOS ANTONIO MORALES	20-28539431-8	3544-459143	kitomoraes@hotmail.com	KINESIO	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PICHINCHA 1811	LANUS	7451	NICOLSKY GABRIELA	27-16105392-4		CENDA10@YAHOO.COM.AR	MRII	1.1	SI	
BUENOS AIRES	AYACUCHO 3297	OLIVOS	7452	RACOSTA MARIA CECILIA Y OLIVA CAROLINA	30-71528435-5	11-51171413	infootrasmiradas@gmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	SAN JUAN 4140 7º DTO B	CAPITAL FEDERAL	7511	NEUEVA LUZ S.R.L	30-70757289-9	02229-443415	nluz@speedycomar	CTRO DE DIA	3	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	SANTANDER 505	CAPITAL FEDERAL	7522	CENTRO DE REHABILITACION REBIOG	30-71119554-4	11-49810565	rebiogalveronica@hotmail.com	MRII	1.1	NO	SI
BUENOS AIRES	JOSE MARIA MORENO 1319	LANUS	7606	CENTRO DE DIA VOLVER A ENSEÑAR	30-70730307-3		administracion@centrovae.com.ar, centrovae@gmail.com	CTRO DE DIA JORNADA DOBLE CAT	3	SI	SI
BUENOS AIRES	JOSE MARIA MORENO 1319	LANUS	7607	PATRICIA VALLS	27-12314383-9	11-42913227	palejandravalls@gmail.com	TRANSPORTE A CTRO DE DIA C/ DEP	11	NO	NO
CORDOBA	AV LOS PORTEÑOS S/N	NONO	7617	CIMADOM DANIELA NATALIA	27-26308054-3	3544-471849	danielacimadom@yahoo.com.ar	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
ENTRE RIOS	SAN MARTIN 432	GUALEGUAYCHU	7622	INSTITUTO DE EDUCACION Y ESTIMULACION	27-17755975-5	344-6432253	alejandraronconi@gmail.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	SAN PEDRITO 2743 PPB DTO D	CAPITAL FEDERAL	7675	ANAHÍ PORTO	27-30650097-5	11-54964373	anahi.porto@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	MIGUEL DE UNAMUNO 1654	CAPITAL FEDERAL	7676	INSTITUTO DE PSICOPATOLOGIA NUESTRA SE	33-62519795-9	11-49321797	escuela@institutoiliwen.com	ESCOLARIDAD	5	SI	SI
BUENOS AIRES	AV.AMOEDO 1171	QUILMES	7679	ESCUELA ESPECIAL DR OVIDIO DEOROLY	30-71519902-1	4253-1096	escueladecroly@yahoo.com.ar	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	SAN MARTIN 3757 PISO 11 DEPTO	LOMAS DEL MIRADOR	7683	CENTRO NOESIS	27-22707627-0	49431961	centronoesis@gmail.com	EQUIPO INTEGRACION	6	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	GREGORIO DE LAFERRERE 6692	CAPITAL FEDERAL	7693	MON FABIANA	23-17874431-3		fabianamon11@gmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	GDOR.ARANA 2889	MORON	7695	DALBANO ANA MARIA	27-13935613-1	1532801418	amdalbano@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	GDOR.ARANA 2889	MORON	7697	FERRI FLAVIA INES	27-21981950-7	44895123	flaviainesferri@yahoo.com.ar	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	LOS FRIULANOS 6139 PB 3	AEROPUERTO CORDOBA	7803	CAROLINA HORENZATTI	27-30781998-3	351-4527485	recepcion@neuroability.com.ar	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	MELCHIOR 126	EL JAGUEL ,PDO. ESTE	7821	NUEVOS LOREZONTES ECHEVERRIANOS	30-71222771-7	42964110	info@institutohne.com	ESCOLARIDAD	5	SI	SI
CORDOBA	LOS FRIULANOS 6139 PB 3	AEROPUERTO CORDOBA	7888	STECCO JUAN IGNACIO	20-28785789-7	351-4527485	recepcion@neuroability.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	AV ROQUE SAENZ PE A 885	GRAL. ALVEAR	7903	COPEPERTHWAITTE RICARDO MARCELO	20-20304791-7	262-5423866	ricardomarceloc@yahoo.com.ar	KINESIO	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	ADOLFO ALSINA 2525 PISO 5 DT	CAPITAL FEDERAL	7917	MARIA ALEJANDRA JODAR	27-16917591-3	4856-3254	psicodar@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
TUCUMAN	PIEMARIA AUXILIADORA 11 PISC		7983	JOSEFINA MARIEL PORTA	27-33755460-7	381-1155167133	portajosefina@hotmail.com	MUSICOTERAPIA	9	NO	SI
CORDOBA	LOS FRIULANOS 6139 PB 3	AEROPUERTO CORDOBA	8000	TRANSPORTE JAMAX (DE MARLENO LOAYZA)	27-94121025-8	431-1633	marleniloayza@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CORDOBA	MESA Y CASTRO BARRIO YOFRE	Bo YOFRE	8001	CENTRO DE REHABILITACION SAN BENITO	30-71181112-1	481-5098	centrosanbenito@hotmail.com	MRII	1.1	SI	
ENTRE RIOS	SOLER 1487	PARANA	8009	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION NEUR	33-71464515-9	154173167	cirnerparana@gmail.com	MRIS	1.1	SI	
CAPITAL FEDERAL	ALBERTI 2146 DTO. A	CAPITAL FEDERAL	8345	CONVIVIR DE A BARMASCH S RZONSINSKI SH	30-68333997-7	4612-7288	osesna_93@hotmail.com, institutoconvivir@yahoo.com.ar	CTRO DE DIA JORNADA DOBLE CAT	3	SI	SI
Z-SIN ESPECIFICAR			8416	DI SILVIO CARLOS ARIEL	20-23567375-5	11-67662318		TRANSPORTE	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	FELIPE VALLESE 1490 PB DTO 3	CAPITAL FEDERAL	8460	LARA DOBRUSIN	27-36472653-3	11-56303074	lara.dobrusin@gmail.com, equiposelc@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
TUCUMAN	Bº AMP PTE PERON CASA 20		8486	CENTRO MARCKAY DE IACONIANNI MARIA S	27-18465923-4	381-4350936	info@marckay.com.ar, facturacion@marckay.com.ar	MRIS	1.1	SI	
CAPITAL FEDERAL	FELIPE VALLESE 1490 PB DTO 3	CAPITAL FEDERAL	8613	KAUFMAN PAULA DANIELA	27-27939611-7	11-54895443	cifirino@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	AVELLANEDA 2328	BURZACO	8633	CENTRO INTEGRAL CASA NUEVA S.R.L	30-71128740-6	4292-4215	administracion@centrointegralcasanueva.com	CTRO DE DIA	3	SI	SI
BUENOS AIRES	AVELLANEDA 2328	BURZACO	8635	GABURRI FELISA ESTER	27-17256213-8	1564021073	feliza_gaburri@live.com.ar	TRANSPORTE A CTRO DE DIA	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	PASCO 505 PB DTO 2	CAPITAL FEDERAL	8641	COX PABLO ALBERTO	20-27605277-3	1533500915	pablocox23@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CORDOBA	MESA Y CASTRO BARRIO YOFRE	Bo YOFRE	8648	RUIZ RAMON ALBERTO	23-29473606-9	351-4514332	alberto.ruizcba@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
SANTIAGO DEL ESTERO	SAENZ PEÑA 128		8650	MORALES ANGELINA	27-35052052-5	4255091	eipisantiago@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
SANTIAGO DEL ESTERO	SAENZ PEÑA 128		8651	CHIANALINO ANDREA VALERIA	27-20453883-8	4255091	eipisantiago@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	FORMOSA 2141	MERLO	8652	FLORES DE LEOIR SA	30-71450814-4	11-46218749	escuelajuntosalapar@gmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	GREGORIO DE LAFERRERE 6692	CAPITAL FEDERAL	8670	GONZALEZ NORMA BEATRIZ	27-14576965-0	45225934	gonzaleznormabeatriz@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI

CORDOBA	LOTE 7 MANZANA S/N		8683	ROSANA H. SIMES	27-23861205-0	35115595692	rhsimes@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	AV DON BOSCO 5532	ALTO ALBERDI	8706	JURE RUBIN " CENTRO WERNICKE "	20-14219308-7	4511451	info@centrowernicke.com.ar	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	HABANA Y LAS VIAS 68	LANUS	8713	ALDANA ANABELLA FLORES	27-33714488-3	4206 0361	flores_aldana@yahoo.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	HABANA Y LAS VIAS 68	LANUS	8714	CUGAT ANDREA ELIZABETH	27-23809501-3	11 64877884	cugat_andrea@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	APATAMOS 2148	RIO 4º	8715	DEDOMINICI GISELA	27-33366640-0	350 154313097	gisededominici@gmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	no
CORDOBA	APATAMOS 2148	RIO 4º	8716	ERIKA M BECCARIA	27-33175253-9	358 315647712	eribeccaria@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	APATAMOS 2148	RIO 4º	8718	DANIELA RITA PANERO	27-23932978-6	4645886	daniponero@hotmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	SAN PEDRITO 2743 PPB DTO D	CAPITAL FEDERAL	8740	CARRIZO MARTA DEL VALLE	27-06063830-1	4951 5462	martavcarrizo@yahoo.com.ar	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	MIGUEL DE UNAMUNO 1654	CAPITAL FEDERAL	8757	DILETTO SILVIA - TRANSPORTE	27-14126649-	11-40726893	longobubucco3@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
SANTA FE	LA PAZ 1769 DTO. 4		8761	WALTER FABIAN MORRESI	20-17668558-2	463-2127	transportemorresi.66@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
BUENOS AIRES	USPALLATA 5643	MORENO	8768	ENRIQUEZ ALICIA - EQUIPO DE APOYO PARA U	27-17550721-9	11-70780153	administracion@psicop.com.ar // documentacion@psicop.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	SUPERI 1066	EL PALOMAR	8769	NOVELLO ROMINA PAOLA - FONOAUDIOLOGI	27-29382023-1	11 41781896	rominanovello@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	SUPERI 1066	EL PALOMAR	8770	MAZZITELLI NERINA CECILIA	27-24907441-7	11 61389583	nerinamazzitelli@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	SUPERI 1066	EL PALOMAR	8771	FAVA MARIA MERCEDES - PSICOPEDAGOGIA	27-25790427-5	11 67312672	mercedesfava@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
TUCUMAN	PJEMARIA AUXILIADORA 11 PISC		8772	JURI MARIA CONSTANZA	27-34067194-0	154655503	contyjuri@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	LA MATANZA 806	AVELLANEDA	8773	VISCICH MATIAS	20-37178948-1	1123176199	matiasla15@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
LA RIOJA	CARLOS PELLEGRINI 110	LA RIOJA	8788	FAJARDO CECILIA VANINA	27-31903324-1	382 454226157	lic.fajardocecilia@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
Z-SIN ESPECIFICAR			8812	MIOTTI GUILLERMO GABRIEL	23-20003931-9	1151803978	gmiootti@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	MONTEAGUDO 4358	JOSE C. PAZ	8814	GHEZZI MARCELA ALEJANDRA	27-17331269-0	46646065	buscandoelsol2012@hotmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	MONTEAGUDO 4358	JOSE C. PAZ	8815	ZAMORA ALEJANDRA NOEMI	27-31636410-7	2320333454	zlale_1801@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	MONTEAGUDO 4358	JOSE C. PAZ	8816	WALTER JOSE PALLARES	20-33774976-4	1534054382	walterpallares@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	CHICLANA 39	GODOY CRUZ	8831	EINNO (EDUCACION INTEGRAL DEL NIÑO NO	30-64838533-8	4291224	einno3@gmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
MENDOZA	CHICLANA 39	GODOY CRUZ	8832	SILVINA DANIELA MENDEZ	27-21378393-4	4291224	einno3@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	G.DOR.ARANA 2889	MORON	8849	NADIA VERBNER	27-33850187-6	11-46233748	licnadiaverbner@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
CORDOBA	TRELEW 862	Bo ALTAMIRA	8862	MARTINEZ GUILLERMINA	27-29917168-5	351-6330244	guilermf@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PUEYREDON 4944	LOMAS DEL MIRADOR	8864	ESCUELA ESPECIAL PORTAL DEL SOL	23-04643616-4	11-44428387	escuelaportaldelsol@hotmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
CORDOBA	LOTE 7 MANZANA S/N		8884	TRANSPORTE MAR MAR DE GARCIA JUAN MA	20-24173049-3	3512384943	cordoba@ossb.com.ar	TRANSPORTE	11	NO	NO
CAPITAL FEDERAL	MIGUEL DE UNAMUNO 1654	CAPITAL FEDERAL	8891	GISELA JEANETE ORTIZ	27-30776020-2	11-33675207	giselaortiz33@yahoo.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	MIGUEL DE UNAMUNO 1654	CAPITAL FEDERAL	8892	NICOLAEVSKY CLAUDIA ALEJANDRA	27-14568053-6	11-49177995	clau Nicol@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
JUJUJ	AV HIPOLITO IRIGOYEN N° 111		8895	ASOCIACION DE PROTECCION AL PARALITICO	30-63148369-7	389 4260162	appace.admcentral@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CORDOBA	AV VELEZ SARFIELD 54 - 9º DTO	CORDOBA	8925	MORETA MARIA BELEN	27-30843563-1	351 3083988	belumoreta@hotmail.com	KINESIO	9	NO	SI
CORDOBA	TRELEW 862	Bo ALTAMIRA	8938	SILVIA ALEJANDRA PASSO	27-18126426-3	351-3830144	laespigag@gmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	no
SALTA	LOS ARAUCANOS PJE GRAL BEL		8942	GALLEGOS VICTOR A	20-26277774-0	387-5010645	victoragallegos@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CORDOBA	COCHABAMBA 2268	CORDOBA	8974	CICAL SRL	30-71542154-9	351-4271035	cicalcentro@gmail.com, centrofiscal.facturacion@gmail.com	MRRRI			
BUENOS AIRES	MELCHOR 126	EL JAGUEL ,PDO. ESTE	8977	CARTOLANO VERONICA PAOLA	27-30020660-9	11-59788277	consultoriopsicotem@gmail.com, veronicacartolano@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	SAN JUAN 4140 7º DTO B	CAPITAL FEDERAL	9018	BENITEZ ROBERTO TRANSLADOS	20-22202647-5	1155934620	benitezroberto645@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
BUENOS AIRES	DE LA ROSA 1456	CAÑUELAS	9040	MAHON, LUCIA VALERIA	23-33177544-4	02226-15686356	licuaviariamahon@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
RIO NEGRO	ALEJO JULIO AGUADA 298	5 SALTOS	9056	VEGA, ROSARIO DE LA CRUZ	27-30090304-0	299-154643400	rovega2015@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
RIO NEGRO	ALEJO JULIO AGUADA 298	5 SALTOS	9057	FERRARO, NADIA CARALINA	27-32651500-6	299-156585707	nadia.c.ferraro@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
RIO NEGRO	ALEJO JULIO AGUADA 298	5 SALTOS	9058	RODRIGUEZ MONTERO, MARIA FLORENCIA	27-32222431-7	299-155950084	florencia.rodriguez.montero@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
TUCUMAN	PJEMARIA AUXILIADORA 11 PISC		9060	RODRIGUEZ ARAOZ, JULIO ALFREDO	20-29183787-6		tucuman@ossb.com.ar	PSIQUIATRIA			
CAPITAL FEDERAL	SANTANDER 1793	CAPITAL FEDERAL	9073	UNIRSAUD SRL	30-71555622-3	4581-9738	grupounirsalud@gmail.com	CENTRO DE DIA JORNADA DOBLE C	3	SI	SI
RIO NEGRO	ALEJO JULIO AGUADA 298	5 SALTOS	9079	DESIDERO, MARIA LAURA	27-21536119-0	299 154678264	luluni1504@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
BUENOS AIRES	G.DOR.ARANA 2889	MORON	9082	MARANDA, MARTIN ALEJANDRO	20-27600914-2	11-31032209	paulaantelo80@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
BUENOS AIRES	AV.MITRE 423 PISO 9 DT F	AVELLANEDA	9083	COCIMANO, NESTOR DANIEL	20-14283411-2	11-65158565	ndcocimano@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	SAN PEDRITO 2743 PPB DTO D	CAPITAL FEDERAL	9104	MUÑOZ, MARIA PILAR SUSANA	27-10423957-4	11-56042057	lic_susanam@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	VALENTIN ALSINA 1770	HURLINGHAM	9127	MORRONE, MARIA EUGENIA	23-25350292-4	11 44153079	meugeniamorrone@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	BERON DE ASTRADA 1984	RAMOS MEJIA	9132	FUNDACION METAS	30-71105850-4	(011)15506421	fundacion.meta09@gmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	DORREGO 947	JUNIN	9147	RETORTO, MARIA SOLEDAD	27-28626841-8	236-4371744	soledadretorto@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
SANTIAGO DEL ESTERO	SAENZ PEÑA 128		9154	RODRIGUEZ, MARIA FLORENCIA	27-34329772-1	0385-15513071	florenciarodriguez@yahoo.es	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	no
MENDOZA	CHICLANA 39	GODOY CRUZ	9160	SCORDO, SILVINA HEBE	27-21526889-1	4243034	einno3@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	CONCORDIA 2175	CAPITAL FEDERAL	9168	GRACHOWSKI, PAULA ALEJANDRA	27-30528202-8	11 51769236	lic.paula.grochowskigmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
ENTRE RIOS	25 DE MAYO 750	PARANA	9172	PRADA, JANET	27-32831597-7	0343-154063999	janetprada@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	DORREGO 947	JUNIN	9176	GARCIA, GISELA	27-35431719-8	236-4711949	gisegr_20@hotmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	no

BUENOS AIRES	PUEYREDON 4944	LOMAS DEL MIRADOR	9178	SANTAROSSA, SOFIA	27-38357204-0	11-44846901	RocioAyelenColloca@live.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
LA PAMPA	ARTURO ILLIA 2136		9181	LOPEZ, MARIANELA	27-35662913-8	2625661629	marulopez007@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	LA PAZ 1769 DTO. 4	ROSARIO	9182	ECHEVERRIA, MARISABEL	27-33837858-6	3413188872	mep.fono@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	LA PAZ 1769 DTO. 4	ROSARIO	9184	GALO, PABLO RUBEN	23-28058402-9	3416848094	pgalo@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
LA RIOJA	MANZANA 3 CASA 4	AMILGANCHO	9185	LUNA, GABRIELA MAGDALENA	27-31128545-4	3804292544	gaby_luna@live.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
LA RIOJA	MANZANA 3 CASA 4	AMILGANCHO	9187	CASSE, ROSA NOEMI	27-21144513-6	38049273	noemicasse@yahoo.com.ar	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
LA RIOJA	MANZANA 3 CASA 4	AMILGANCHO	9188	PEREYRA, LORENA DEL VALLE	27-27052327-2	38044731655	lorelr48@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
ENTRE RIOS	MARTIN FIERRO 150-P.2-DPTO 2	PARANA	9192	TORTUL CUATRIN, MARICEL DEL CARMEN	27-34549599-7	15 4294412	maricel_tortulcuatrin@hotmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	VALENTIN ALSINA 1770	HURLINGHAM	9198	BIZET SRL	30-66241447-2	4665 0067	escuelaespecialhurlingham@hotmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	MAIPU 166	VEDIA	9209	FRANCESE, MARIA CECILIA	27-17631484-8	0236-154341018	cecilia_kines@hotmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	JJ,EMEZ DE LORCA 4562		9219	GARCIA, NESTOR GUILLERMO	20-12998841-0	351 155172172	nguigar@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
TUCUMAN	PASAJE 1º DE MAYO 1044	SAN MIGUEL DE TUCUMAN	9246	RODRIGUEZ, ROSA SILVIA	27-26083109-2	381-3620079	rosilrodriguez@gmail.com	T.O	9	NO	SI
BUENOS AIRES	MALLEA 1036 DTO 11	BAHIA BLANCA	9248	GILES, ANDREA	27-30565302-6	(291)154655248	andreaapplies@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
BUENOS AIRES	MALLEA 1036 DTO 11	BAHIA BLANCA	9249	DONATO, MARIA CAROLINA	27-30062449-4	(0291)4521198	carodonato1@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
LA RIOJA	NEVADOS DEL F 5/N	LA RIOJA	9333	CONTRERAS CLAUDIA MARISA	27-16856692-7	380-154448503	clautocont@hotmail.com	T.O	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	YATAY 749 2º	CAPITAL FEDERAL	9334	KATAOKA, SHINAKO	27-18236572-1	1540668709	rincon.palabras@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	YATAY 749 2º	CAPITAL FEDERAL	9335	ZAZZALI, MARIA SOLEDAD	27-32618009-8	1540668709	zazzaliso@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	SUAREZ 528 4		9344	IRAOLA JORGE J E Y MEZZADRA MARIA E SH	30-69773783-5	4204 6323	recepcion@cidenyt.com.ar	MRII	1.1	SI	SI
SANTA FE	LA PAZ 1769 DTO. 4	ROSARIO	9364	NERI, MARIA CELESTE	27-34381429-7	03402-1550242	mcelesteneri@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
ENTRE RIOS	EL PARACAO 253	PARANA	9365	PEREYRA, LUCIANA	27-35440472-4	0343-4073511	luciana_pereyra_7@hotmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
ENTRE RIOS	EL PARACAO 253	PARANA	9366	SENGER, MARISA	27-21956012-0	343-154559281	marisa_senger@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
Z-SIN ESPECIFICAR	NO EXISTE CODIGO EN NOCION		9367	Z-SIN ESPECIFICAR		343 154462546	izingg71@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
CORDOBA	OBISPO LASCANO 2447	CORDOBA	9386	DE UÑA, GUADALUPE	27-28116139-9	153577357	guadalupedeuna@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	SANTANDER 1793	CAPITAL FEDERAL	9393	DELELLI, NORA	27-14722280-2	11-40256453	noracdelelli@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	PIZURNO 5162		9416	ANTES, ANA LAURA	27-36417954-0	261 155413885	analauraantes@hotmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	no
CORDOBA	SAN ISIDRO 1564	CASA GRANDE	9433	LUCERO, SILVANA EDITH	27-25441325-4	3548-576843	licsilvanalucero@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
JUJUJ	NAHUEL HUAPI 674	ALTO COMEDERO	9445	SEGOVIA, ANALIA SOLEDAD	27-26232437-6	388-5718355	ani_sol_segovia@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	WENCESLAO DE TATA 4450	CASEROS ,PDO. 3 DE F	9463	NAZABAL, PABLO DANIEL	20-23177274-0	11-34223522	nazabalpablo@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CORDOBA	OBISPO LASCANO 2447	CORDOBA	9466	CARRIZO, EUGENIA	27-37094311-2	03525-15436538	eugeniaccarrizo@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	ARANJUEZ 1153	LA REDENCION	9478	EANDI, NOELIA ROMINA	27-29968301-5	351 7052819	noeliaeandi@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	B* MUNICIPAL MZA 43 CASA 15	LAS HERAS	9481	MUSRI, DANIELA LOURDES	27-36766777-5	261-5916700	dani_musri86@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	B* MUNICIPAL MZA 43 CASA 15	LAS HERAS	9482	LEYTON, MARIANA INES	27-33461834-5	261-470835	marianleyton@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
ENTRE RIOS	P.STAMPA 2085	CHAJARI	9493	LOPEZ, NATALIA ANDREA	27-31758435-6	3456437693	concordia@ossb.com.ar	KINESIO	9	NO	SI
CORDOBA		cordoba	9496	SARACH, ANGIE BELINDA	23-39689022-4	0351-157406883	angiesarach@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	CARABOBO 611	CAPITAL FEDERAL	9499	LEVIN ESTEBAN	20-93888207-0	1541727429	estebanlainfancia@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
RIO NEGRO	ALEJO JULIO AGUADA 298	5 SALTOS	9506	GUERRA, ADRIANA	27-35310712-2	299 6001467	gabiguerra08@gmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	SI
BUENOS AIRES	MALLEA 1036 DTO 11	BAHIA BLANCA	9509	KERN, MARIA BELEN	27-28013173-9	(0291) 4921193	belenkern@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	ALSINA 1466	FUNES	9512	GRACIA, CAMILA	27-39286519-0	3329-554248	cgracia222@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
SANTA FE	ALSINA 1466	FUNES	9514	CARINI, SABRINA MARICEL	27-33452571-1	341-155509202	sabrinacarini@gmail.com	MUSICOTERAPIA	9	NO	SI
ENTRE RIOS	PASCUAL PALMA 910	PARANA	9515	GIACINTI, GUSTAVO JAVIER	20-18474910-7	no renovar		TRANSPORTE	11	NO	NO
CORDOBA	SAN ISIDRO 1564	CASA GRANDE	9525	GAROFOLO ANTONELLA	27-32221158-4	0351-153710468	antogarofolo@gmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	SI
CORDOBA	TRELEW 862	Bo ALTAMIRA	9527	GRENNI, LUCIA VICTORIA	27-34839455-5	351-7469573	luciairenni@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	BEAUCHEF 247 P 1 DTO 6	CAPITAL FEDERAL	9529	TRANSPORTE J.E.G	20-17267562-0	151483349	grupounirsalud@gmail.com	TRANSPORTE A CTRO DE DIA C/ DEP	11	NO	NO
ENTRE RIOS	SARMIENTO 2250	CHAJARI	9541	TISOCCO, CLAUDIA	27-22881193-4	03456-15495088	carmensalcedo@gmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	JOSE.E. RODO 4236 EDIF.19 A P	CAPITAL FEDERAL	9543	ROCHA GABRIEL LEONARDO	20-25477434-1		graboc200@yahoo.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
LA PAMPA	ARTURO ILLIA 2136	general alvear	9549	ANA BELEN NACAR	27-29880774-8	02625-1543604	belennacar19@gmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	SANTANDER 1793	CAPITAL FEDERAL	9550	ESPINOSA, CARLOS ALBERTO	20-11816332-0	11-44701354	transporte.espinosa@hotmail.com	TRANSPORTE A CTRO DE DIA C/ DEP	11	NO	NO
ENTRE RIOS	EL PARACAO 253	PARANA	9555	PALAVECINO MELINA VALERIA	27-29610613-0	343-4072511	melina_palavecino@yahoo.com.ar	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
LA RIOJA	MANZANA 3 CASA 4	AMILGANCHO	9557	REYNOSO, NATALIA MARISOL	27-29370031-7	3804640684	nataliareynoso29@hotmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	no
BUENOS AIRES	MELCHOR 126	EL JAGUEL ,PDO. ESTE	9562	ARIAS ARIAS, GABRIEL aLEJANDRO	20-40480881-9		transporte.ariasgabriel@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
BUENOS AIRES	MELCHOR 126	EL JAGUEL ,PDO. ESTE	9563	FIGUEREDO, MONICA INES	27-22950778-3	11-59788277	monik_bencio@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	LANUS 1878	BANFIELD	9564	VARELA, CLAUDIA EVANGELINA	27-27257848-1	11-67124479	varela_claudiae@yahoo.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	gral campos 1306	BANFIELD	9565	SUAREZ, DEBORA BELEN	27-34986951-4	15 36038251	licenciadasuarez.t@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI

SANTIAGO DEL ESTERO	P ARNEDO 123 B CABILDO	santiago del estero	9567	SALERA, JUAN BAUTISTA	20-26570905-3	385 4744004	jbsalera@gmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	SUAREZ 528 4		9571	A.P.A.N.A.U	30-64102908-0	4265 2722	apanau1@hotmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	BARRIO DEBA CASA 2	BAHIA BLANCA	9572	PEREZ ADASSUS, MAGALI ROCIO	27-36328745-5	291 4740307	magaki-adassus@hotmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	PIE. NICOLORICH 1055		9573	CENTRO FISHERTON SRL	30-71445570-9	4513929	centrofisherton@gmail.com	TRANSPORTE A CTRO DE DIA C/ DEP	11	NO	NO
CORDOBA	FRAY LEON TORRES 530	CORDOBA	9574	PEROTTI, SOFIA MARGARITA	27-24338367-1	351-5318248	sofiaperotti12@gmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	FRAY LEON TORRES 530	CORDOBA	9575	CLIA, PAMELA AYELEN	27-37315277-9	351-7569835	pamelacilia1993@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	FRAY LEON TORRES 530	CORDOBA	9578	CHAVARRIA, MARA NOEL	27-34839109-2	351-3911705	marachavarria@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	MESA Y CASTRO BARRIO YOFRE	Bo YOFRE	9580	OARDI, LILIANA MERCEDES	27-18015762-5	351 153598348	lilianaoardi@hotmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	no
CORDOBA	AMBROSIO FUNES 1918	DEPTO CAPITAL	9584	BONINO, BELKY DEL CARMEN	27-22062673-9	351 5928359	belkybonino@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	AMBROSIO FUNES 1918	DEPTO CAPITAL	9585	DE GRENALFE, SUSANA BEATRIZ	23-22776374-4	351 2333533	susabadegrenalfe@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	AMBROSIO FUNES 1918	DEPTO CAPITAL	9586	CASTRO, MARCELA	27-21390582-7	351 6654256	marcela_castro_70@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	AMBROSIO FUNES 1918	DEPTO CAPITAL	9587	MARCELA CASTRO, ROSANA MEZZAVILLA Y PA	33-71155739-9	421 5313	centrociep@hotmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
CORDOBA	AMBROSIO FUNES 1918	DEPTO CAPITAL	9588	GAUNA, JUANA ANGELA	27-06494235-8	726 1020	juana-gauna@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CORDOBA	AMBROSIO FUNES 1918	DEPTO CAPITAL	9590	DEPASQUALE STELLA MARIS	27-23298514-9	15 6544164	luladepas@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	AMBROSIO FUNES 1918	DEPTO CAPITAL	9591	NAVALON, PAOLA LORENA	27-24172767-5	351 12781765	pnavalon@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	SAN ISIDRO 1564	CASA GRANDE	9592	CASAS, RAQUEL EDITH	27-24073154-7	153938823	raquelcasaspaez@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	APATAMOS 92148	RIO 4º	9593	MARIN, DEBORA GISELLE	23-35472415-4	358 4190228	deboramarin@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	JUAN B. JUSTO 4385	QUILMES OESTE	9598	SARAVIA, IRIS MABEL	11-43010202		mabelsaravia2016@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	JUAN B. JUSTO 4385	QUILMES OESTE	9599	LAZARTE, PAOLA	27-32640685-1	11-55299988	lic.paolalazarte@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PERIBEBUY 51 11° A	LOMAS DEL MIRADOR	9600	SANDAGORDA, MARIA ANGELICA	27-24603670-0	1120613002	facturacion@aprendeconmigo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	FELIPE VALLESE 1104	CAPITAL FEDERAL	9609	MALECZKO, PATRICIA	27-32883709-4	1540550688	malezkop@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	FELIPE VALLESE 1104	CAPITAL FEDERAL	9610	YO QUIERO SRL	30-71549089-3	63794500	administracion@centroyoquiero.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
SANTA FE	ALSINA 1466	FUNES	9611	RODRIGUEZ, PRISCILA	27-30381597-5	341-153354229	rodriguezpriscilla83@hotmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	CARABOBO 611	CAPITAL FEDERAL	9654	CARRANZA, LAURA ADRIANA	27-26959524-3	011-5378-3332	laucarranza@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PUEYRREDON 4944	LOMAS DEL MIRADOR	9660	CROATTO, MARIELA	27-25094972-9	212 -2331	marielacroatto@gmail.com	PSICOMOTRICIDAD	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PUEYRREDON 4944	LOMAS DEL MIRADOR	9661	KIENER, GERARDO GERMAN	20-35062533-0	11-21222331	equipointerdisciplinario@psicop.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
ENTRE RIOS	TOMAS DE ROCAMORA 662 BIS	PARANA	9666	ITURBIDE, DAIANA MARIELA	27-32016091-5	3434280356	daiana.iturbide@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	LOTE 7 MANZANA S/N	cordoba	9677	GIORDANO, SANTIAGO NICOLAS	23-34975139-9	351-155497330	santiago_g90live.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	OBISPO LASCANO 2447	CORDOBA	9714	CODINA, MARIA CELESTE	27-27672006-1	351-5900306	celeste.codina@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	ENTRE RIOS 2988	NELSON	9735	SCOTTA, MARIA EMILIA	27-38979642-0	342-5190153	psp.mariaemiliascotta@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	SAAVEDRA 4492	reconquista	9742	ZARZUELO, MARIA BELEN	27-28037087-3	3482-418190	belenzarzuelo@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	SAAVEDRA 4492	reconquista	9743	TOFFUL, YANINA VERONICA	27-29853831-3	3482-565959	yanitofful@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
SANTA FE	SAAVEDRA 4492	reconquista	9744	BOSCHETTO, CINTIA VERONICA	27-28581666-7	3482-556530	cboschetto@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	SAAVEDRA 4492	reconquista	9745	MAINERO, ANTONELLA DEL VALLE	27-35286328-4	3482-215267	maineroantonella@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
TUCUMAN	ITALIA 1472		9748	CUSCA RISUN SRL	30-71269010-7	381-4359077	cuscarisun@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
SANTA FE	ALSINA 1466	FUNES	9774	desire sgoifo	27-36519359-8	341 5924723	desiresgoifo@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	PIZURNO 5162	GODOY CRUZ	9788	Eede Paula	27-29056989-9	261 5410052	paulaede@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	PIZURNO 5162	GODOY CRUZ	9789	Alonso Lucia	27-36964570-1	262 2506292	lualonso92@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	PIZURNO 5162	GODOY CRUZ	9790	Ponce, Adriana	27-23611235-2	261 6132417	adrianaponce@vincularmendoza.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	cervantes saavedra 235	BURZACO	9792	Barrza Marianela	27-34339473-5	15 33437873	m-barraza13@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	25 DE MAYO 1890 DEPTO 3	san carlos centro	9793	CARREL, PRISCILA PAULA	27-37199059-9	3404-560077	priscilacarrel@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	25 DE MAYO 1890 DEPTO 3	santa fe	9794	Magnago, Nadia Magali	27-36265249-4	342-5323094	nadiamagnago@hotmail.com.ar	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	SAN MARTIN 3757 PISO 11 DEPTO 3	LOMAS DEL MIRADOR	9799	DIAMATTIA JULIA	27-27460936-8	11-48117363	lic.juliadimattia@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	AV JUAN BAUTISTA ALBERDI 328	CAPITAL FEDERAL	9807	FUNDACION PAOR LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES	30-71034686-7	4432-6547	institutotra.so@gmail.com	FORMACION LABORAL	8	SI	SI
CORDOBA	JI,EMEZ DE LORCA 4562		9810	DESCUBRIR SRL	30-71193167-4	351 3862729	info@descubrir.org.ar	MRIS	1.1	SI	SI
CORDOBA	FRAY LEON TORRES 530	CORDOBA	9814	Garcia Gomez jimena	27-28115580-1	351-2293195	jimegarcia02@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	ALSINA 1466	FUNES	9816	Tolosa Victoria	27-36006001-8	3416-258316	victorialtolosa@gmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	B° MUNICIPAL MZA 43 CASA 15	LAS HERAS	9824	ESPINOSA MARIA CECILIA	27-28997491-7	261-3837947	lic.ceciliaespinosa@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	AVDA.RUBEN DARIO 114	LA REJA	9828	CUOMO CLORINDA CARMEN	27-05176068-4	11-67411021	transporteespecialoeste@gamil.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
MENDOZA	CHARDONAY	MAIPU	9834	ANTUNEZ, MACARENA SOLEDAD	27-31284283-7	261-5565847	macarena.antunez@htmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	DORREGO 947	JUNIN	9842	DE LUCA FLORENCIA	27-39291693-3	236-4337056	mflordeluca@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	AMBROSIO FUNES 1918	DEPTO CAPITAL	9845	DE LA VEGA MURUA MARIA MILAGROS	27-39012647-1	3834 765366	mariamilagrosdelavegamurua@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	ALSINA 1466	FUNES	9846	Vazquez Romina Laura	27-30890404-6	341-5648637	romilau84@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	AV VIETTI 63	GRANADERO BAIGORRIA	9847	SERI SOFIA	20-37996352-9	345-4097863	sofiaseri@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI

SANTA FE	AV VIETTI 63	GRANADERO BAIGORRIA	9848	IAMCET SRL	30-71533341-0	341-15611101	iammurro@gmail.com	EQUIPO INTEGRACION	6	SI	SI
SANTA FE	AV VIETTI 63	GRANADERO BAIGORRIA	9849	COSENTINO JUAN	20-32166458-0	4850236	juanpcosentino@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	AV VIETTI 63	GRANADERO BAIGORRIA	9850	MURRO JULIETA	27-27515723-1	4850236	iammurro@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	BERON DE ASTRADA 1984	RAMOS MEJIA	9851	CABRAL FERNANDO	20-32465992-8	2045- 2340	rubiconconsultorio@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	BERON DE ASTRADA 1984	RAMOS MEJIA	9852	ACCARIATO ANDREA	27-22891569-1	2045- 2340	rubiconconsultorio@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	BERON DE ASTRADA 1984	RAMOS MEJIA	9853	USSHER, MARISA	27-14908460-1	2045- 2340	rubiconconsultorio@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	BERON DE ASTRADA 1984	RAMOS MEJIA	9854	MENDEZ MICAELA	27-37207489-8	2045- 2340	rubiconconsultorio@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
BUENOS AIRES	DE LA ROSA 1456	CAÑUELAS	9855	FERNANDEZ SONIA	27-29219203-2	2226-15449718	sophia228276@gmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	SI
BUENOS AIRES	DORREGO 947	JUNIN	9856	MAROSCIA GIULIANA	23-36050532-4	236-437394	giulimaroscia@hotmail.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	DORREGO 947	JUNIN	9857	GONZALEZ LARA	27-36050618-0	236-457757	lara_601@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	DEAN FUNES 2221	GRAL. RODRIGUEZ	9858	LONGEVIDAD VITAL SA	30-71555508-1	0348-4441599	consultas@sienes.com.ar		1.1	SI	SI
LA RIOJA	NEVADOS DEL F S/N	LA RIOJA	9860	SARASPE, MARIELA	27-24808671-3		mariela.saraspe16@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	FELIPE VALLESE 1104	CAPITAL FEDERAL	9862	ODDO LAURA	27-25044036-2	11-33537459	lau_oddo@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PERIBEBUY 51 11° A	LOMAS DEL MIRADOR	9863	EQUIPO EIREN S.R.L.	30-71213953-2		centroeiren@gmail.com	INTEGRACION ESCOLAR	6	SI	SI
BUENOS AIRES	PERIBEBUY 51 11° A	LOMAS DEL MIRADOR	9864	BENINCASA VERONICA	27-26189396-2	11 65279559	nataliabenicasa@hotmail.com	T.O	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PERIBEBUY 51 11° A	LOMAS DEL MIRADOR	9866	MINNELLI VANESA	27-31315268-0	11 64259018	venedminelli@hotmail.com	PSICOMOTRICIDAD	9	NO	SI
CORDOBA	TRELEW 862	Bo ALTAMIRA	9867	DASTOLI, ROSARIO	27-37619289-5	351-2288888	rodastoli@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ATENCIO 464	GRAL. LAS HERAS	9868	SUAZRE MARIANA	27-23777604-1	0220-4761434	cerin09@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ATENCIO 464	GRAL. LAS HERAS	9869	DONATTI SOFIA	27-34296749-9	0220-4761434	cerin09@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	MIGUEL DE UNAMUNO 1654	CAPITAL FEDERAL	9876	BLANCO GABRIELA	20-31263343-5	11-32143615	gabrielablancosp@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
MENDOZA	B° MUNICIPAL MZA 43 CASA 15	LAS HERAS	9882	SALCEDO VICTORIA	27-35144092-4	261-6791663	victoriainessalcedo@gmail.com	MAESTRA DE APOYO	7	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	MIGUEL DE UNAMUNO 1654	CAPITAL FEDERAL	9883	NINA COLAVECCHIO	27-31541406-2	11-62919909	ninacolavecchio@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	OBISPO LASCANO 2447	CORDOBA	9884	MANDIROLA MARIA JOSE	27-30554373-5	351-156652577	psicop.mandirola@gmail.com	MAESTRA DE APOYO	7	NO	SI
BUENOS AIRES	LANUS 1878	BANFIELD	9891	RONCO MARIANA	27-29600197-5	11-56178633	marianaronco@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ATENCIO 464	GRAL. LAS HERAS	9892	VALVERDE GABRIELA	27-22921263-5	0220-4761434	cerin09@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ATENCIO 464	GRAL. LAS HERAS	9893	RODRIGUEZ, JULIAN	20-39672436-8	0220-4761434	mb.iglesias@hotmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
BUENOS AIRES	PUEYREDON 4944	LOMAS DEL MIRADOR	9896	CELENTANO SILVIA	27-13214470-8	11-21222331	silviacelentano16@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	MZA. 33 CASA 12	ARGUELLO	9897	ASTURI, MATIAS JOEL	23-35887223-9	3543-408694	nogalrehabilitacion@gmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
SANTA FE	SAAVEDRA 4492		9900	CONTI, HUMBERTO DARIO	20-17832432-3		graciela.paniagua149@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
BUENOS AIRES	DEAN FUNES 2221	GRAL. RODRIGUEZ	9901	IGLESIAS TORRES ROGELIO	20-93800137-6		lugotraslados@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
JUJUY	NAHUEL HUAPI 674	ALTO COMEDERO	9904	DIAZ, VALERIA AGUSTINA	27-28250036-7	388-4092169	valitaagusdiaz@gmail.com	MAESTRA APOYO	7	NO	no
CAPITAL FEDERAL	ROSARIO 627 4 B	CAPITAL FEDERAL	9907	PARRONDO GRACIELA MABEL Y DE LELLIS CAR	30-63992362-9	11-46330492	venid@fibertel.com.ar	CTRO DE DIA JORNADA DOBLE CAT	3	SI	SI
BUENOS AIRES	9 DE JULIO 1844	MONTE GRANDE	9908	FONDONEL SRL	30-60416807-0	11-42431735	escuelaredondel1@gmail.com	FORMACION LABORAL	8	SI	SI
SANTA FE	LA PAZ 1769 DTO. 4	ROSARIO	9909	REDUNCIÓN del Centro de Desarrollo Infantil	33-65336845-9	(0341)-449470	centrodesarolloinfantil@gmail.com	CET MEDIA JORNADA	4	SI	SI
CAPITAL FEDERAL	CONCORDIA 2175	CAPITAL FEDERAL	9911	MILITO MARIO NICOLAS	20-33103203-5	11-41594660	nicolas.milito@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
ENTRE RIOS	SARMIENTO 2250	CHAJARI	9914	PIZZIO, ADELINA	27-27834903-4	3456-421344	adelina.pizzio@gmail.com, carmensalcedo@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
LA RIOJA	PJE SAN ANTONIO 10	LA RIOJA	9917	ORMEÑO NANCY	27-28504434-6	380-4589424	nancybor_80@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
LA RIOJA	PJE SAN ANTONIO 10	LA RIOJA	9918	WILSON RIVERO CLAUDIA	27-29284203-7	380-4589824	clauwilson@hootmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	POETA LUGONES 352 3 DTO C	CORDOBA	9919	SUELDO VERÓNICA	27-31220043-6	351-153926207	consultcerro@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	POETA LUGONES 352 3 DTO C	CORDOBA	9920	MASSIMINO TINO, MAILLEN	27-35636448-7	351-2681023	mai-massimino@hotmail.com	PSICOMOTRICIDAD	9	NO	SI
LA PAMPA	LIBERTAD 756 756	TOAY	9926	Ordoñez, Jorgelina Beatriz	27-25063488-4	2954-696408	jorgelinao@hotmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
BUENOS AIRES	LANUS 1878	BANFIELD	9932	PILATO SILVANA	27-23608079-5	11-61682525	silvanaleonorpilato@gmail.com	MUSICOTERAPIA	9	NO	SI
MISIONES	SAAVEDRA S/N	PUERTO RICO	9933	RECKZIEGEL, CALUDIA	27-33014342-3	3743-456070	repac_9@outlook.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
MISIONES	SAAVEDRA S/N	PUERTO RICO	9934	VOGEL PATRICIA	27-33652248-5	03743-477383	vogelpatricia300@yahoo.com.ar	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	HORACIO ELKIN 5777	CORDOBA	9937	FANTIN, DAIANA	23-29477599-4	351-2384055	omnestodos@gmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	MONTEAGUDO 4358	JOSE C. PAZ	9949	TREJO JIMENA	27-36824061-9	1132353448	jimenatre@hotmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
CAPITAL FEDERAL	AV RIVADAVIA 8872 pb d	CAPITAL FEDERAL	9950	CIAPS DE RIFFEL VANESSA	27-26281520-5	11 30171148	riffel.vanesa@gmail.com	MOD. AP. A LA INT.	6	SI	SI
ENTRE RIOS	25 DE MAYO 750	PARANA	9958	CANO, MARIELA BEATRIZ	24-25307487-2	154-656565	canomariela1@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
CORDOBA	FRAY LEON TORRES 530	CORDOBA	9961	ARRESTO, ORLANDO EUFEMIO	20-24614511-4	351-7436133	orlybel2018@gmail.com	TRANSPORTE	11	NO	NO
TUCUMAN	PASAJE 1º DE MAYO 1044		9963	SERRANO ERIKA YANINA	27-35257126-7	381-4151581	serrano_erika2007@hotmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	no
CORDOBA	HORACIO ELKIN 5777	CORDOBA	9968	MATORAS VILLEGAS GUADALUPE	27-38164084-7	351-2384055	omnestodos@gmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	HORACIO ELKIN 5777	CORDOBA	9969	BANEGA MICAELA	27-35967107-0	351-2384055	omnestodos@gmail.com	PSICOMOTRICIDAD	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PAMPA 343 V.LUZURIAGA	CAPITAL FEDERAL	9971	PALASI IVAN LUIS	20-31423004-4	11 53874842	palasiivan@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PAMPA 343 V.LUZURIAGA	RAMOS MEJIA	9972	MELANIA GUIDO	23-34728599-4	11 51232709	melaniaguideo@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI

BUENOS AIRES	PAMPA 343 V.LUZURIAGA	CAPITAL FEDERAL	9976	GONCALVES SEBASTIAN	20-36358834-5	11 38662783	sebastiangoncalves@hotmail.com	T.O	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ITUZAINGO 2136	MORENO	9979	AGUERO, ANDREA CARINA	27-26691004-0	11 38122034	andrea.c.aguero@gmail.com	T.O	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ARANGUREN 1152	ADROGUE	9980	FRANCANO DANIELA MARIEL	27-33122313-7	11 32708716	fgdanielafrancano@gmail.com	FONO	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ARANGUREN 1152	ADROGUE	9981	BOLUFER, JULIETA SOLEDAD	24-35233636-6	11 49272431	julietabowfer@gmail.com	T.O	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ARANGUREN 1152	ADROGUE	9985	PEREZ, MARIA LAURA	27-23276913-6	11 50168464	lic_mlaura_perez@yahoo.com.ar	PSICO	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ITUZAINGO 2136	MORENO	10007	ACUÑA, BRENDA CAROLINA	27-39389204-3	11 59033603	brendaacunia@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	PERIBEBUY 51 11° A	LOMAS DEL MIRADOR	10034	SKVOR, CALUDIA PATRICIA	27-20022147-3	11-73665870		PSICOPEDAGOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	CALLE 860 2748	LANUS	10035	Scuteri, Susana Yamile	27-24847145-5	11-61608501	chuman24@hotmail.com	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	CALLE 860 2748	don bosco	10036	ESPINOSA, ALEJANDRO	20-24698807-3	11-55041499	aleespinosa2000@hotmail.com	MUSICOTERAPIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	CALLE 860 2748	longchamps	10039	MARISCAL RIVEROS, ERIKA	23-92355389-4	11-60179577	erikamariscalriveros@gmail.com	PSICOPEDAGOGIA	9	no	SI
BUENOS AIRES	CALLE 860 2748	berazategui	10040	PARMA, JOHANNA ROMINA	27-38017127-4	11-70179545	joharparma@gmail.com	TERAPIA OCUPACIONAL	9	NO	SI
BUENOS AIRES	CALLE 860 2748	wilde	10041	Colli, Natalin Elizabeth	27-34071759-2	11-56105161	natalin.colli@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	ITUZAINGO 2136	MORENO	10044	Ibañez, Ivana	27-29825663-6	11 66679526	ivana.iz@hotmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI
CORDOBA	CALLE PUBLICA S/N	LAS CALLES	10052	VITULLI, JUAN FRANCISCO	20-31598819-6	0354-4471849	juanvitulli@yahoo.com.ar	PSICOMOTRICIDAD	9	NO	SI
SANTA FE	ENTRE RIOS 2988		10053	Iacovara, milagros silva	27-36263147-0	0342-154468674	silvalacovaramilagros@gmail.com	MAESTRA INTEGRADORA	7	NO	SI
BUENOS AIRES	ATENCIO 464	GRAL. LAS HERAS	10056	OSUNA, MARIA LUCRECIA	27-25136044-3	0220-4761434	cerin09@hotmail.com	KINESIOLOGIA	9	NO	SI
BUENOS AIRES	USPALLATA 5643	MORENO	10058	FONTAN, MONICA	27-11044515-1	11-20400925	equipointerdisciplinario@psicop.com.ar	FONOAUDIOLOGIA	9	NO	SI
Z-SIN ESPECIFICAR			10062	COMERCI CAMILA	27-34830240-5	11-41989143	camilacomerci@gmail.com	PSICOLOGIA	9	NO	SI





vencido