

ANEXO IV

CARTILLA DISCAPACIDAD

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por Resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

Centro de Orientación y/o Coordinación de Servicios

Domicilio: Treinta y Tres Orientales 148 – CABA

Contacto: 08103334683 / 1168958455 / auditoria@ospap.org.ar

Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario

Se reciben y se solicitan entrevistas con nuestros beneficiarios para reunirse con el Equipo Interdisciplinario y abordar problemáticas de los mismos, a través de los siguientes canales de comunicación:

Call Center: 08103334683

WhatsApp: 1168958455

Correo electrónico: auditoria@ospap.org.ar

Procedimiento de autorizaciones

Se reciben solicitudes de prestaciones de acuerdo al **instructivo** enviado oportunamente a los diferentes prestadores.

El tiempo de autorización de las mismas es de 24/48 horas. Se envían vía correo electrónico a los prestadores y se da aviso a las familias.

INSTRUCTIVO 2026

El legajo (uno por prestación) deberá enviarse a auditoria@ospap.org.ar con toda la documentación unificada en archivo digital PDF. El mismo podrá enviarlo únicamente el prestador. No se recibirá documentación por ninguna otra vía ni en otro formato de presentación.

Los informes semestrales y finales deberán enviarse por correo electrónico a auditoria@ospap.org.ar antes del envío de la factura correspondiente a dicho mes/período.

No se reconocerán facturas previas a la fecha de autorización de la prestación.

Para solicitar cambio de prestador, se deberá incluir en el legajo una carta firmada y aclarada por familiar/tutor legal responsable del beneficiario, donde conste a qué profesional solicitan cambiar y por cuál, junto a los motivos del pedido de cambio. Una vez aprobado el mismo, el prestador recibirá la autorización digital vía mail y allí podrá comenzar a brindar la cobertura. No se reconocerán facturas previas a la fecha de autorización del cambio de prestador.

Los días y horarios asignados en el consentimiento serán, si no hay un aviso de cambio posterior, los que esta Auditoría tomará como definitivos.

Únicamente se recibirán las planillas y anexos que consten en este instructivo.

Cada Anexo deberá completarse según modelo adjunto, de manera manuscrita y con firmas y aclaraciones ológrafas de familiar/tutor legal responsable y del profesional/prestador.

La dependencia (si la prestación lo requiere y corresponde) podrá solicitarse desde los 6 (seis) años cumplidos y deberá justificarse con las escalas de valoración funcional (ver anexos adjuntos). La misma puede ser completada por profesional idóneo según patología (neurólogo o fisiatra/terapeuta ocupacional). En diagnósticos correspondientes a Salud Mental, podrá completarla un médico psiquiatra. No se aceptarán escalas FIM completadas por otros especialistas. La presentación del FIM no acredita dependencia; la misma será evaluada por el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de OSPAP.

La Obra Social puede solicitar documentación adicional a la obligatoria según Resolución 1743/2024, la cual será excluyente.

Según Resolución 1743/2024, se autorizará en todos los casos, el prestador más cercano al domicilio del beneficiario.

No se reconocerán prestaciones los días sábados y domingos.

Frente al incumplimiento/faltante de alguno de los requisitos mencionados anteriormente y en este instructivo, y luego de notificar fehacientemente al prestador; OSPAP se reserva el derecho de autorización/suspensión de procesamiento de facturas hasta tanto no se regularice la situación observada, SIN EXCEPCIÓN.

Toda la documentación solicitada por OSPAP, se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Ante cualquier duda o consulta, puede comunicarse al 08103334683 interno 101 o por WhatsApp al 1168958455.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

- Beneficiarios: Esta modalidad prestacional se subdivide en dos ciclos:
 - De 0 a 18/24 meses
 - De 18/24 a 48 meses

- Frecuencia de atención: Entre 1 y 3 veces por semana. La sesión de tratamiento será de 45 minutos.

- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, la frecuencia de sesiones semanales, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. - (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Título de grado (anverso y reverso) más especialización en estimulación temprana
 - Matrícula en jurisdicción a ejercer
 - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso)
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Habilitación municipal (si no está a su nombre; agregar carta firmada y aclarada por quien figura como titular indicando que presta servicios allí)
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos

- Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

EDUCACIÓN INICIAL

- Niños con discapacidad entre 3 (tres) y 6 (seis) años de edad cronológica.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final

- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA

- Niños y jóvenes con discapacidad entre 6 (seis) y 18 (dieciocho) años de edad cronológica.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional

- Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
- Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

FORMACIÓN LABORAL

- Personas con discapacidad entre los 18 (dieciocho) y 35 (treinta y cinco) años de edad, con escolaridad primaria completa o incompleta.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad

- Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

- Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, con posibilidades de acceder a un proceso de integración escolar en cualquiera de sus niveles.
- Frecuencia de atención: El módulo comprende una carga horaria mensual mínima de 32 horas, o bien por hora de apoyo en caso de requerir menos de 8 (ocho) horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Constancia de Alumno Regular con el CUE del establecimiento educativo. (Fecha límite de presentación marzo 2025)
 - e) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Adaptación curricular
 - Acta Acuerdo firmada por familiar/tutor responsable legal, directivo de la escuela y prestador. (Fecha límite de presentación: abril 2025)
 - Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada

- Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- f) Presupuesto (Anexo I)
- g) Conformidad (Anexo III)

MAESTRA INTEGRADORA

- Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, con posibilidades de acceder a un proceso de integración escolar en cualquiera de sus niveles.
- Frecuencia de atención: El módulo comprende una carga horaria mensual mínima de 32 horas, o bien por hora de apoyo en caso de requerir menos de 8 (ocho) horas semanales. La cobertura únicamente podrá brindarla un licenciado/a en psicopedagogía o profesor/a de educación especial.
- El profesional que brinde esta prestación no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria, ni prestar servicio a hermanos/as que vayan al mismo curso.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Constancia de Alumno Regular con el CUE del establecimiento educativo. (Fecha límite de presentación marzo 2025)
 - e) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)

- Adaptación curricular
 - Acta Acuerdo firmada por familiar/tutor responsable legal, directivo de la escuela y prestador. (Fecha límite de presentación: abril 2025)
 - Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Título de grado (anverso y reverso)
 - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso)
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- g) Presupuesto (Anexo I)
- h) Conformidad (Anexo III)

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

- Niños o jóvenes desde los 6 (seis) y hasta los 25 (veinticinco) años.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a las necesidades del beneficiario.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, dependencia si corresponde, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)

- Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)
- g) Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

CENTRO DE DÍA

- Preferentemente a partir de los 14 años. En las etapas anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de estimulación temprana, sistema educativo o Centros Educativo Terapéuticos. En caso de producirse un ingreso antes de los 14 años deberá justificarse el mismo.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a las necesidades del beneficiario.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, dependencia si corresponde, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones

realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)

- Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)
- g) Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

REHABILITACIÓN

- A partir de los 5 años. En las edades anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de estimulación temprana.
- Los tratamientos de rehabilitación podrán ser brindados bajo las especialidades de kinesiología, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, terapia ocupacional y musicoterapia.
- No se autorizará más de una sesión diaria.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la terapia que se solicita la frecuencia de sesiones semanales, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)

- Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Título de grado (anverso y reverso) -tratamientos individuales-
 - Matrícula en jurisdicción a ejercer -tratamientos individuales-
 - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso) -tratamientos individuales-
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Habilitación municipal (si no está a su nombre; agregar carta firmada y aclarada por quien figura como titular indicando que presta servicios allí)
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

TRANSPORTE

- El módulo comprende el traslado de beneficiarios con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de prestación y viceversa. El mismo será otorgado cuando el beneficiario se vea imposibilitado de utilizar el traslado gratuito en transporte público (Ley 24.314).
- La cobertura se autorizará con kilometraje redondeado (sin decimales) hasta un total de 1500 km.
- En los casos en los que se superen los 1500 km mensuales, OSPAP podrá derivar según Resolución 1743/2024 a otro establecimiento más cercano al domicilio del beneficiario, reprogramar el cronograma de asistencia/plan de tratamiento o requerir un informe del médico tratante que justifique la necesidad de concurrencia al prestador seleccionado.
- En caso de hermanas/os que realicen el mismo viaje en transporte individual (auto), sólo se autorizará un pedido.
- Para los transportes educativos se reconocerá el receso invernal.
- Se reconocerán los kilómetros según geolocalización de Google Maps, y se tomará el recorrido más corto.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) que indique domicilios de salida/destino, ida-vuelta, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025),

dependencia (en caso de corresponder), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.

- c) Justificativo médico del por qué el beneficiario no puede utilizar transporte público.
- d) Constancia de domicilio a nombre del beneficiario emitida por autoridad competente.
- e) Prestador:
 - Licencia de conducir (anverso y reverso) donde conste transporte a pasajeros
 - Habilitación municipal del auto/agencia.
 - Póliza de seguro
 - Verificación técnica Vehicular
 - Cédula de Identificación de Vehículos
 - Constancia de geolocalización con domicilios
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Presupuesto (Anexo II)
 - Conformidad (Anexo IV)
 - Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de beneficiario:

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 Prestación: desde.....hasta.....
2. Prestación:
 - Prestador:
 - Período de Prestación: desde.....hasta.....
3. Prestación:
 - Prestador:
 - Período de Prestación: desde.....hasta.....
4. Prestación:
 - Prestador:
 - Período de 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 detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

ANEXO IV

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de beneficiario:

Yo..... con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde.....hasta.....

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

ANEXO V
ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
TOTAL:		
Alimentación	-Totalmente independiente	10
	-Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	-Dependiente	0
Baño	-Independiente: entra y sale solo del baño	5
	-Dependiente	0
Vestirse	-Independiente: capaz de ponerse y quitarse ropa, abotonarse, etc.	10
	-Necesita ayuda	5
	-Dependiente	0
Aseo personal	-Independiente: lavarse la cara, las manos, peinarse, etc.	5
	-Dependiente	0
Control anal	-Continencia normal	10
	-Incontinencia ocasional	5
	-Incontinencia	0
Control vesical	-Continencia normal	10
	-Un episodio diario como máximo de incontinencia	5
	-Incontinencia	0
Manejo en el inodoro	-Independiente para ir al baño, limpiarse sin ayuda	10
	-Necesita ayuda para ir al baño pero se limpia solo	5
	-Dependiente	0
Desplazamiento silla/cama	-Independiente para ir del sillón a la cama	15
	-Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	-Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	-Dependiente	0
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros	15
	-Mínima ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	-Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	-Dependiente	0
Escaleras	-Independiente para subir y bajar escaleras	10
	-Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	-Dependiente	0

PUNTAJE TOTAL ÍNDICE DE BARTHEL:

FIRMA, SELLO Y ACLARACIÓN MÉDICO TRATANTE

ANEXO VI
ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

CATEGORÍAS	DOMINIO	FIM TOTAL
Autocuidado 1.Alimentación 2.Arreglo personal 3.Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5.Vestido hemicuerpo inferior 6.Aseo perineal	Motor (máximo 91 puntos)	Máximo 126 puntos
Control de esfínteres 7.Control de vejiga 8.Control de intestino		
Movilidad 9.Traslado de la cama a silla o a silla de ruedas 10.Traslado en baño 11.Traslado en bañera o ducha		
Ambulación 12.Caminar/desplazarse (incluye silla de ruedas) 13.Subir y bajar escaleras		
Comunicación 14.Comprensión 15.Expresión	Cognitivo (máximo 35 puntos)	
Conocimiento social 16.Interacción social 17.Solución de problemas 18.Memoria		

Cada ítem debe ser puntuado del 1 al 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7 Independencia completa
	6 Independencia modificada
Dependencia modificada	5 Supervisión
	4 Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3 Asistencia moderada (mayor del 50% de dependencia)
Dependencia completa	2 Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1 Asistencia total (menor del 25% de independencia)

FIRMA, SELLO Y ACLARACIÓN MÉDICO TRATANTE

CARTILLA DE PRESTADORES

Descripción del modo y periodicidad de la comunicación de toda modificación que signifique un cambio en la cartilla, ya sea en cuanto a su contenido u operatividad.

Todo cambio o modificación en la cartilla se notificará oportunamente a los beneficiarios a través de los Delegados, quienes según las características geográficas y demográficas implementarán los instrumentos que permitan la comunicación personalizada en tiempo y forma.

Las actualizaciones son publicadas en la página web de la Obra Social (www.ospap.org.ar/cartilla/). También pueden ser consultadas en las Sede Central o en el Centro de Atención Telefónica 0810-333-4683 las 24hs. del día, los 365 días del año.

UBICACIÓN	FONOAUDIOLOGÍA	CONTACTO	E-MAIL
Hurlingham	AAB GABRIELA FERNANDA	15-3-143-2623	gabriela_aab@hotmail.com
Microcentro	ABALO ANDREA SUSANA	15-4-074-5476	andyabalo@gmail.com
Moreno	ACUÑA CELIA GRISELDA	15-6-567-3619	celiaacu@hotmail.com
José C. Paz	AMIGO LUCIA	15-2-171-9894	amigolucia@hotmail.com.ar
Caballito	AVALLONE LUCIANA	15-5-458-3624	luciana_avallone@hotmail.com
Bella Vista	AVENDAÑO MARIA DEL CARMEN	4468-0234/15-4-406-4823	carmunilla@hotmail.com
Moreno	BELARDINELLI SILVIA VIVIANA	15-5-016-2919	smcooca@yahoo.com.ar
Ramos Mejía	BIGATTI YANINA ANDREA	4654-6227/15-2-374-2400	ybigatti@gmail.com
Caballito	CAPRA SILVINA GISELA	15-6-219-9693/4843-9672	consultoriosmatheu@gmail.com ; silvicapra@yahoo.com.ar
Palermo	CASTAGNINO ALICIA MARIA ELENA	4823-6056	aliciacastagnino@fibertel.com.ar
Caballito	CERMI SALUD SA -Caballito-	4725-5195	cermisalud@yahoo.com.ar
San Isidro	CHAMORRO VERONICA LAURA	15-6-864-7434	verochamorro9@gmail.com
Wilde	CHAVES RINCON JENNIFER	15-6-911-8967	CONSULTORIOWILDE@GMAIL.COM
Palermo	CIER MARIA IGNACIA		daseinequipo@gmail.com
Caballito	CONSIGLIO VALERIA	15-5-955-0659	licvalconsiglio@gmail.com
San Miguel	CORDON GOMEZ ALICIA NADIA	5432-7726	nadiacgfono@gmail.com
Moreno	CREFIM SRL	0237-4637290/4632807	cufredomato@hotmail.com ; crefim@gmail.com
San Justo	DE LANGHE GRACIELA LILIANA	15-5-877-5215	delanghegl@yahoo.com.ar
Caballito	DLIN MARCELA VERONICA	4736-8093/15-5-841-2782	marcedlin@gmail.com
Bella Vista	EVANGELISTA ELISA ELENA		fonoeli74@hotmail.com
San Luis	PAZ ROSANA		
Ramos Mejía	FIGUEREDO NORA GLADYS	15-4-039-2503	norafigue@live.com.ar
Palermo	FROSSARD VIRGINIA	11-6-567-0082	virginiafrossard@gmail.com
José C. Paz	FUNKE ROCIO AGUSTINA	11-6-321-1576	rocio.funke18@gmail.com
Villa Tesei	GALARZA MERCEDES NATALIA	4450-3405/15-3-432-2314	mercedesngalarza@gmail.com
Los Polvorines	GOIRIZ MARIA BELEN		belugoiriz@gmail.com
San Fernando	GRASSINO GABRIELA MONICA	15-61633367	gabygrassino@hotmail.com ; ceat.arte@gmail.com
Caballito	LEONE HEBE LAURA	15-5-782-6819	flaviamarino38@yahoo.com.ar
Martín Coronado	LIOTTI LETICIA	15-3-696-6474	fono-2000@hotmail.com
Flores	LOIZZO NATALIA MARIELA	4611-9428/15-6-262-9551	nataliamariela_loizzo@yahoo.com.ar ; adriankine23@hotmail.com
Moreno	LUCERO LORENA VERONICA	15-6-860-6130	lolezah@gmail.com

Bella Vista	PARIS MONICA PATRICIA	4948-0599	monicapparis2@hotmail.com
José C. Paz	PELLE MONICA ANDREA		andrupelle1@hotmail.com
Villa Balles	PEREZ SILVIA FABIANA	15-5-767-2163	silviahail2002@yahoo.com.ar ; marcosdiv@hotmail.com
Devoto	ROMANO LAURA CONSTANZA		costy1973@hotmail.com
San Miguel	SALVATORE NATALIA SOLEDAD	11-6-559-6942	salvatorenatalia@hotmail.com
Bella Vista	SANCHEZ ECKERDT ARACELI PAULI	15-5-102-9792	araceli_se@yahoo.com.ar ; andaresequipobv@gmail.com
Morón	SAURO YANINA CLAUDIA	4736-8093/15-5-565-0911	yanicsauro81@gmail.com
Núñez	SCHUSTER EDITH IRENE	15-6-502-0649	cionycobranzasneurolinguistica@centroireco.com.ar ; juand@centroireco.com.ar
Palermo	TROVATO MARIA LAURA	15-4-067-5592	marialtrovato@hotmail.com
Caseros	VALERGA ADRIANA LEONOR		adriana.valerga@yahoo.com.ar
Balvanera	VISCIARELLI CINTIA LORENA		c.visciarelli@hotmail.com
Castelar	ZANELLATO IVANA GISELA	15-6-165-7446	i_ZANELLATO@HOTMAIL.COM
	PSICOLOGÍA		
Moreno	ABEIJON SANDRA GABRIELA	15-6-024-8867	licsandraabeijon@hotmail.com ; espaciopsicomoreno@hotmail.com
San Miguel	AGUIRRE MILAGROS DOLORES	4667-2454/15-5-847-4870	grupotrama@hotmail.com ; alidel911@yahoo.com.ar
Caballito	ALBA MONICHON MARIANA		marianbue@gmail.com
San Miguel	ALCARAZ DANIELA	11-3-002-5995	daniela_401@hotmail.com
Floresta	AMARAL BUGNA STEPHANIE LOREN	15-5-058-2690	amaralbugna@gmail.com
Chacarita	BEJUK JAIRO ROMAN	15-6-514-4792/4551-5948	jairobejuk@yahoo.com.ar
Villa Tesei	BELLO ELIZABETH ROXANA	15-3488-2806/4459-5411	BELLOELIZABETH@LIVE.COM
Moreno	BOLLOQUY COCA NATALIA KARINA	0237-466-6200	smcoqa@yahoo.com.ar
Pacheco	BUFORN MARIA FERNANDA	15-5-658-8760	mfernandabuforn@gmail.com
Muñiz	BURALLI VALERIA DANIELA	15-5-845-2826	vburalli@hotmail.com
Boulogne	CABRERA MARIANA MARIA	4735-3871/15-6-903-2246	equipointegrados@yahoo.com.ar
Caseros	CAMILLO MARIA GRACIELA	15-5-659-6533/4751-5709	graciela_camillo@hotmail.com
Luis Guillón	CASTELLÓ GRACIELA SANDRA	4367-2452/15-6-226-9008	lic.gracielascastello@hotmail.com
San Cristóbal	CASTRO GABRIELA FABIANA	15-5863-6432	gfcastro2005@yahoo.com.ar
Caballito	CEVASCO CRISTIAN ADRIAN	15-5-109-1814	cevascocristian@gmail.com

Del Viso	CERECETTI GEORGINA	02320-402550	centroeri@centroeri.com.ar
Caballito	CERMI SALUD SA	4725-5195	cermisalud@yahoo.com.ar
Bella Vista	CHIESA MARIA CAROLINA	4664-4742	chiesa_carolina@live.com.ar
Quilmes	CICARELLO MARINA ALEJANDRA	15-5-745-9010	marinacicarello@gmail.com
Quilmes	CORBATO JAVIER ALEJANDRO	15-6-694-3104	jacorbato@gmail.com
Caseros	CORBIERE GIMENA VERONICA	15-3-673-6887/4587-5897	gimenacorbiere@hotmail.com
Moreno	CREFIM SRL	0237-4637290/4632807	cufredomato@hotmail.com ; crefim@gmail.com
Villa Ballester	CUBERO MONICA MARISA	4767-4678/15-6-486-9839	PSI.MCUBERO@GMAIL.COM
Devoto	D'ANNA ANA MARIA	4523-7199/15-3-183-1410	licanadanna@yahoo.com.ar
Villa Crespo	DI LELLO AMETLLER GISELE	15-3-422-0099	giamet@hotmail.com
San Luis	AGÜERO MARINA		
Parque Cha	DOMINGUEZ MARIA SOLEDAD	0223-155-783868	lic.soledadominguez@hotmail.com
Hurlingham	FERREYRA MACARENA AYELEN	15-2-455-8281	macarenaferreyra@live.com.ar
Mar del Pla	GARCIA CLAUDIA ANA		gclaudiana@yahoo.com.ar
Benavidez	GARCIA LUCAS DAMIAN	15-5-586-0846	lucas.gdamian@gmail.com
San Miguel	GIMENEZ ANABELLA SOL	15-6-921-9757	lic.gimenezanabella@gmail.com
San Miguel	GOMEZ BARBARA JIMENA	15-5-747-1751	etinfcontacto@gmail.com ; gomezbarbaraj@gmail.com
Belgrano	GRIGOLATTO FLORENCIA	15-3-027-0427	flor_grigolatto@hotmail.com
Microcentr	GUERRIERI GEORGINA MICAELA	15-6-187-0389	guerrierigm@yahoo.com.ar
José C. Paz	JAVIER LAURA PATRICIA	11-6-685-7254	laurapjavier@hotmail.com
Haedo	JUANOLA DE DIOS PAULA	15-3-597-1738	paulajdedios@yahoo.com.ar
Garín	LEYBA ROMINA VIVIANA	15-3-433-8912	licrominaleyba@gmail.com
Lomas de z	LIÑAN YANINA MAYRA	15-5-884-1338	bottyf@gmail.com
Palermo	MAIDA MARIA CECILIA	15-4-197-5342	cemaida@gmail.com
Moreno	MALUSARDI CAROLINA	15-5-832-0975	carolinamalusardi@hotmail.com
Gobernado	MATTEO GARCIA FLORENCIA SOFIA	15-2-464-1043	SMATTEOGARCIA@HOTMAIL.COM.AR
Parque Ch	MENDIA NATALIA	15-4-523-1395	nataliamendia@yahoo.com.ar
Los Polvor	MIDOLO MARIA EUGENIA	11-6-335-7733	m.eugenia_psi@hotmail.com.ar
Villa Pueyr	MISISCO CECILIA	15-6998-5807	ceciliamisisco@gmail.com
Lanús	MONFORTE MIRIAN ANDREA	15-3-762-3000	andrea_monforte@hotmail.com
San Isidro	MONTENEGRO MARIA ANGELICA	15-6-715-8196	montenegroma@hotmail.com
Luján	MORA MARIA EMILIA	15-6-597-3083	mariamardel_987@hotmail.com

Hurlingham	MORE LEONARDO DANIEL	4667-2454	grupotrama@hotmail.com.ar ; alidel911@yahoo.com.ar
Libertad	MORINIGO NATALIA YANINA	15-3-583-9396	natty.mor@hotmail.com
San Miguel	NAVARRO CACERES GASTON WALTER	11-6-662-9430	licenciadogastonnavarro@yahoo.com.ar
San Isidro	NIEVA VERONICA SOLEDAD	15-5-927-8249	lic.veronicanieva@gmail.com
José C. Paz	NOVAS MARIELA ALEJANDRA	15-6-974-7699/02320-426475	mariela.novas@gmail.com
José León	OCAMPO MARIA FERNANDA	15-6-869-6886	mfernanda.ocampo@gmail.com
Villa Crespo	OJEDA IGLESIA MARIA	11-2-007-3602	eugeojeda.psico@gmail.com
Muñiz	OLACHEA ECHENIQUE MARIANA		maruolachea@gmail.com
Versalles	PACIFICO MARIELA LAURA	02202-433049	marielapacifico@yahoo.com.ar ; info@cordis.org.ar
Montserrat	PASTOR EVANGELINA		evangepastor@gmail.com
San Telmo	PELLETIER HECTOR ENRIQUE	4305-1908/15-4-972-0921	pelletierhector@yahoo.com
Núñez	PERDICCHIA JULIO CESAR	15-4-065-9133	julioperdicchia@yahoo.com
Munro	PEREZ MIGLINO LAURA MARINE	15-4-429-8735	lauramarineperezmiglino@gmail.com ; marcosdiv@hotmail.com
Parque Ch	RAFFAELLI CARLA FERNANDA		raffaelli.cf@gmail.com
San Miguel	RASCON GLENDA CAROLINA	15-5-474-0646	glendarascon@gmail.com ; centroidina@gmail.com
Morón	ROLANDI MARIA FERNANDA	4696-7822/15-5-722-5973	ferolandi@hotmail.com ; licanadanna@yahoo.com.ar
Virreyes	SANTILLAN MARIANA LEONOR	15-6-932-1246	ceat.arte@gmail.com
Moreno	SORIA LUCIA	15-6-642-1878/0237-4634345	soria_lucia@hotmail.com
Villa Crespo	STAROPOLI PAULA CAROLINA	15-6-722-6619	maryanaguilar@yahoo.com.ar
Morón	STEMPEL ANALIA INES	15-4-156-7872	anastem@yahoo.com.ar
Bella Vista	SUETTI BRENDA	15-5-764-9458	bsuetti@gmail.com ; andaresequipobv@gmail.com
Moreno	TANCO GIMENEZ EDUARDO ANDRES	15-6-352-6305	andrestanco88@hotmail.com
Pilar	UDOY NATACHA SOLEDAD		centroeri@centroeri.com.ar ; natachaudoy@hotmail.com
Palermo	VAZQUEZ ELIANA VIRGINIA	15-6-798-1218	CONSULTORIOWILDE@GMAIL.COM
Caballito	VILLAVERDE MARIA BELEN	15-3-410-6783	mb.villaverde@hotmail.com
Haedo	VIÑAO CIGARROA MACARENA		macarenacigarroa@gmail.com
González c	XAVIER GLADYS NOEMI	15-6-127-1055/4523-7199	licanadanna@yahoo.com.ar ; xaviergladys@hotmail.com
Villa Ortúzar	YAMAMOTO KARINA EDITH	11-4-055-0083	lic.keyamamoto@gmail.com
	PSICOPEDAGOGÍA		
Moreno	AGUILAR TAMARA MARIANELA	15-3-159-4225	tamiaguilar93@gmail.com

San Miguel	ALANIZ MARIA VERONICA	15-3-573-3681	mariaveronicaalaniz@gmail.com ; andaresequipobv@gmail.com
LaFerrere	ARAUJO REINA MARIA DE LOS MILA	15-5-410-8552	maraujomar14@gmail.com
Tigre	AZCONA SOLEDAD	15-3-112-5645	soleazcona@hotmail.com
Ituzaingó	BREA LUCIA	15-6-353-0306	lic.lucia.brea@gmail.com
Villa Balles	BUIATTI RUTH ELISA	15-5-466-1970	REBUIATTI@YAHOO.COM.AR
Liniers	CALDERON MARICEL GABRIELA	15-56320475	lic.gabrielacalderon@gmail.com
San Miguel	CORONEL PAULA CECILIA	15-6-799-5683	paula_coronel@yahoo.com.ar
Villa Libert	CORREA NATALIA SOLEDAD	15-5-177-2363	lic.ncorrea@gmail.com
Quilmes	CORRO MARIA FLORENCIA	4253-9131/15-5-369-6747	cid5647@yahoo.com.ar
Moreno	CREFIM SRL	0237-4637290/4632807	cufredomato@hotmail.com ; crefim@gmail.com
Moreno	CRIMALDI ANDREA VERONICA	0237-466-6200	andreacrimaldi@hotmail.com ; smcooca@yahoo.com.ar
San Justo	ESPECHE NAHIR RITA DANIELA	15-6-303-2995	espechenahirpsp@hotmail.com
San Fernando	FIORENZA ROSA MARIA	4725-2902	ceat.arte@gmail.com
Villa Urquiza	GIL GRISELDA ROXANA	15-6-921-5542	gri_millo@hotmail.com
San Miguel	HEREDIA OLGA SUSANA	15-5-933-4592	psicosusanheredia@yahoo.com.ar ; centroidina@gmail.com
Florida	LEFEBVRE MARIA	15-5-408-9425	marialefebvre@hotmail.com
San Miguel	LISMAN NOELIA ROXANA	15-6-022-6847	noe.lisman@hotmail.com
San Fernando	LOPEZ EUGENIA	15-5-834-7938	eugenia_lopez_@hotmail.com
Moreno	MARCHETTI ANDREA SILVINA	15-4-410-2546	andreasilvinamarchetti@hotmail.com
Moreno	MOLINA MARIANA ANDREA	15-3-339-2405	marumolina06@hotmail.com
Haedo	ODERDA ANDREA YAEL	15-5-751-4163	yael.oderda@hotmail.com
El Talar	OJEDA MARIA GRACIELA	15-5-133-5475/4740-1946	gracielaojedapsp@yahoo.com.ar
Villa Zapiol	PATRICIO MARIA DEL CARMEN	15-5-501-9864	mariadelcpatricio@yahoo.com.ar ; smcooca@yahoo.com.ar
Ciudad Jar	PETTINARO LORENA VANESA	15-5-575-6585	lvpcj@hotmail.com
Pilar	PITTALUGA CECILIA	02320-402550	ceci_pitt@hotmail.com ; centroeri@centroeri.com.ar
González c	RAMOS MIRIAM KARINA	0220-2433049/15-5-343-1331	lic.ramos@cordis.org.ar ; info@cordis.org.ar
Villa Balles	RODRIGUEZ LORENA VERONICA	15-6-309-4989/4768-4252	lorevrodriguez@yahoo.com.ar
Burzaco	ROMANELLI PAOLA VALERIA	15-5-103-6846	paola.valeria.romanelli@gmail.com
San Miguel	SASSONE MARIA FLORENCIA	15-6-579-5608/4667-2791	intersanmiguel@hotmail.com
El Talar	SEGOVIA SILVIA ELINA	11-4-024-4734	nikitases@hotmail.com
General Ro	STRADA MARIA BELEN	15-5-753-2283	stradamariabelen@yahoo.com.ar
Caballito	SURKIN MIRTA EDITH	15-6-003-1939	mirsur58@gmail.com

Pilar	TORRENTE MARIANA ANDREA		mariana.torrente@hotmail.com
Villa Adelin	UZIN FEDERICO	15-6-781-0383	uzinfederico@gmail.com
Sáenz Peñ	VAZQUEZ LUCIANA	15-5-656-2265	lu-vz@hotmail.com
Monte Gra	VIDAL ROCIO SOLEDAD		rocio.vidal@live.com
	TERAPIA OCUPACIONAL		
Colegiales	BEGHIN VICTORIA	15-3-432-9439	victoriabeghin@hotmail.com ; centrocrecerconellos@gmail.com
Del Viso	BELLARDI MARIA EUGENIA	02320-402550	me.bellardi@hotmail.com
Villa Balles	BITIOL CARMONA GLADYS	15-3-511-4129	GLADYSBITIOL@HOTMAIL.COM; marcosdiv@hotmail.com
Flores	CARACCILO MARIA FLORENCIA	02320-402550	centroeri@centroeri.com.ar
González	CARRETTINI IARA	15-5-646-4432	CARRETTINI_IARA@YAHOO.COM.AR
Caballito	CEPEDA PAULA CAROLINA	15-4-187-5284	polycepeda@gmail.com
Parque Ch	COGO MARIA PAULA	15-3-208-4667	mpaulacogo@yahoo.com.ar
Parque Av	CURCI NATALIA ELIZABETH	4862-8522	daseinequipo@gmail.com
Don Torcua	DURAÑONA CAROLINA	15-3-393-2614	caaro.du@hotmail.com
La Reja	FIGUEROA MARIA LAURA	15-5-828-5841	malaurafigueroa@yahoo.com.ar
Barrio Nort	FRANCHI GEORGINA ANDREA	15-5-257-7956	georginafranchi@hotmail.com
Merlo	GOMEZ VIVIANA NOEMI	15-5-809-9392	vivianagz82@gmail.com
Villa de Ma	GONZALEZ MARIA FLORENCIA	15-5-652-4803	infantodt@gmail.com
José C. Pa	GUISE YAMILE CELESTE	11-5-845-4996	yamii_cg@hotmail.com
Hurlingham	LANCI ANDREA LORENA	15-2-265-2431	lanciandrea3@gmail.com
San Migue	LINARELLO VIVIANA		vivilinarello@yahoo.com.ar
Ituzaingó	LOPEZ NEGRI LILIANA FERNANDA		smcoca@yahoo.com.ar
Bernal	MARTINOLI CECILIA CRISTINA	15-3-214-6319/4668-0463	c_martinoli@hotmail.com
Ciudadela	MORINELLI SABRINA NATALIA	15-5-751-9175	sabrimorinelli@gmail.com
Villa Balles	MOSQUERA BELEN MELISA	15-2-192-5387	belumosquera-@hotmail.com
Villa Balles	ONTIVEROS CINTIA SOLEDAD	15-5-662-8552	cintiaont@hotmail.com
Recoleta	PENNINI AGUSTINA	02320-402550	centroeri@centroeri.com.ar
Ranelagh	PERALTA FLORENCIA GIANNINA	15-6-911-8967/42171348	CONSULTORIOWILDE@GMAIL.COM
Villa Balles	PIETROWSKI VIVIANA ELIZABETH	15-6-899-0189	licvivianaep@gmail.com ; marcosdiv@hotmail.com
Hurlingham	ROCHI ANDREA NATALIA	15-4-928-8818	andrearochi_to@hotmail.com

Pilar	SEGOVIA VALERIA ISABEL	15-5-048-5745	valeria-segovia@hotmail.com
Hurlingham	SIDERO NATALIA CELESTE	4450-1081/11-5-039-5386	nataliacsidero@yahoo.com.ar
Mar del Pla	TAMBORENEA MARTIN FERNANDO		martinfamborenea@hotmail.com
San Ferna	TORRADO MARIA DANIELA	4725-2902/15-3-117-3626	ceat.arte@gmail.com ; danielatorrado@gmail.com
Villa Maipú	VALLINA GISELA ELIANA	15-6-368-8084	gisela.vallina@gmail.com
Muñiz	VIQUE SABRINA SOLEDAD	15-5-977-4120	sabrina_vique@hotmail.com
Almagro	YEGIER KARINA ANDREA	15-6-751-4352	karina_yegier@hotmail.com
San Migue	ZARATE MARCELA SOLEDAD	15-5-802-4742	to.marcelazarate@outlook.com
	MUSICOTERAPIA		
Victoria	GATTO FLAVIA VALERIA	4735-3871/15-6-903-2246	equipointegrados@yahoo.com.ar
Muñiz	MULLER VERONICA ROMINA	15-3-790-9198	veropdf@hotmail.com
Martínez	TORRE LUCILA	4725-2902	ceat.arte@gmail.com ; torrelucila88@gmail.com
Belgrano	VELEKSON VICTORIA	4735-3871/15-6-903-2246	victoria.velekson@gmail.com
	KINESIOLOGÍA - MOTRICIDAD		
Castelar	BENITES PEREYRA MARIELA LAURA	4217-1348	CONSULTORIOWILDE@GMAIL.COM
Pacheco	BERTRAM NOTHNAGEL LYNN	15-6-036-5667	contacto@andaresequipo.com ; lynnber2312@gmail.com
Caballito	CERMI SALUD SA	4725-5195	cermisalud@yahoo.com.ar
Vicente Ló	DELIEUTRAZ ANA FLORENCIA	4745-4635	centrocetic@gmail.com
Villa Luro	EGGERS LAURA	15-6-165-4725	leggers2005@yahoo.com.ar
Beccar	LLAMA PABLO RAMON	15-5332-0215	llama_pablo@hotmail.com
San Martín	MAXIMO CLAUDIA ADRIANA	4713-0319/15-4-191-1373	claumax2962@hotmail.com
Loma Herm	MONTEVERDE FABIANA ANDREA	15-4-184-8767	famonteverde30@hotmail.com
Del Viso	QUIQUISOLA MARIA FERNANDA	02320-402550	centroeri@centroeri.com.ar
LaFerrere	REHABILITACION LAFERRERE	4467-0892/15-3-812-3515	rehabilitacionlaferrere@hotmail.com
San Luis	FRANZI GISELA		
Bella Vista	REYNOSO NAHUEL	3444-634202	licreynosonahuel@gmail.com
San Migue	REZNICK SANTIAGO	15-4-558-4695	reznicksantiago@gmail.com ; silviagilda@yahoo.com.ar
Belgrano	RICHTER MARIA JULIA	15-5-052-6763	julia.richter@gmail.com
Merlo	RODRIGUEZ MACARENA BELEN	15-6-489-2386	macarenapsm@hotmail.com
Padua	SANCHEZ MARCELA ERICA	15-4-399-1447	marcelaericasanchez2015@gmail.com

Ituzaingó	VARGAS OTERO MARIA SOLEDAD	15-6-408-8921	lic.soledadvargas@gmail.com
	HIDROTERAPIA - EQUINOTERAPIA		
Hurlingham	DELKAHEZ NOELIA ALDANA	15-5-620-0919	noedelka@live.com.ar
Hurlingham	LOMBARDO MIRNA PILAR	15-3-115-6703	equinoterapia.alaia@hotmail.com
Ciudad Jar	PAPALEO MARIELA KARINA	15-6-4410662	marielapapaleo@gmail.com
San Ferna	VAULET ALEJANDRO MARTIN	4744-3884	alejovaulet@yahoo.com.ar
Villa del Pa	VILLANUEVA VIRGINIA	15-5-135-5676/4923-9209	Vir-villanueva@hotmail.com
	ESCUELAS / APOYO		
Castelar	AGAPE AMOR TOTAL SRL	4458-3763	patriciawdiaz@hotmail.com
San Migue	AGUIRRE MILAGROS DOLORES Y MO	4667-2454	grupotrama@hotmail.com.ar
Bella Vista	ANDU AVY SRL	5292-3271	informes@anduavy.com.ar ; contaduria@anduavy.com.ar
Morón	ANFI SALUD SRL	4628-0172/15-3376-7322	anfisalud@gmail.com ; anfisaludinternoadm@gmail.com
Constitució	ANGEDUCAR S.A (INSTITUTO LOS AN	4305-7428/7399	ROSANUNEZ@LOSANGELES.EDU.AR ; informes@losangeles.edu.ar
Caballito	APEBI	4432-9315	secretaria@apebi.org.ar
Escobar	ASANA	0348-4494060	asanaong@gmail.com
Quilmes	ASNECO	4755-2246	INFO@ASNECO.ORG.AR ; marcosdiv@hotmail.com
Constitució	ATAÑER	4253-2451	grupoataner@outlook.com ; contaduriaataner@outlook.com
Constitució	C.A.D. CON AMOR Y POR AMOR	5168-3200/3201	fundacion_cad@yahoo.com.ar
Villa Mitre	CAMPANA LAURA MARIEL	15-6-981-8348	campana_mariel@yahoo.com.ar
Pacheco	CASA VERDE ESC DE ED ESPECIAL	4736-2087/4740-0215	casaverde877@gmail.com
Almagro	CENTRO CARI SRL	4981-8259/4958-8272	facturacion@centrocari.com.ar
Paternal	CENTRO DE DIA MANO CON MANO (4581-1489	admin@e-zooterapia.com.ar
Quilmes	CENTRO DE INTEGRACION Y DESAR	4253-9131	cid5647@yahoo.com.ar
Villa Urquiz	CENTRO DE RECUPERACION ADAPT	4522-6666/15-5-334-8441	instcrear-facturacion@hotmail.com
Ituzaingó	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	4481-2591/15-6-847-6836	lebr@hotmail.com ; facturacioncet@hotmail.com ; info@fundacionmvm.org.ar
Munro	CENTRO INTEGRADO ARCO IRIS SR	4760-4884	prestacionesarcoiris@gmail.com
Pacheco	CENTRO INTEGRAL DE REHABILITAC	4736-1308/0209	abilitacionintegra2015@gmail.com ; tesoreria@rehabilitacionintegra.com.ar
Almagro	CENTRO LAZOS SRL	11-3-978-5181	secretaria@lazos.com.ar
Pilar	CENTRO MODELO DEL PILAR S.A	0230-4428880	centromodelodelpilar@gmail.com
Ramos Me	CETYPE	4658-2882	info@cetype.org.ar

Mar del Pla	CI. ALITO	0223-472-4478	administracion@escuelaalito.com.ar
Castelar	COMPLEJO EDUCATIVO ESPECIAL M	4483-5111	escuelaespecialwinnicott@gmail.com
San Migue	COOP DE PROVISION DE SER PARA	4664-9277	espaciodevidacet@gmail.com
Isidro Casa	COOP SAN MARTIN DE PORRES LTD	4625-3817	secretaria@porres.edu.ar
Tapiales	DAL MASCHIO ALICIA (portal del sol)	4442-8387	scuelaportaldelsol@hotmail.com ; pagos.escuelaportaldelsol@gmail.com
Pilar	DI CAPACIDAD SA	02304-470288/15-6-915-4267	m.mascaro@di-capacidad.com ; contacto@di-capacidad.com
Moreno	EITI MORENO SRL	0237-46883228	eitimoreno@yahoo.com
Hurlingham	ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL	4459-1442	caminoalsol@live.com.ar
Caseros	ESCUELA DE RECUPERACION CASE	4750-8383/4734-5426	eecaseros@gmail.com
San Migue	ESCUELA ESPECIAL BUSCANDO EL	4664-6065/15-6-724-7521	buscandoelsol2012@hotmail.com ; andreavaya1048@hotmail.com
Quilmes	ESCUELA ESPECIAL DR OVIDIO DEC	4253-1096	escueladecroly@yahoo.com.ar
José C. Pa	ESCUELA ESPECIAL LA PUERTA DEL	02320-426406/15-4-449-9731	la_puertadelsol@yahoo.com.ar
Villa Balles	ESCUELA ESPECIAL MAITEN	4768-4793/4849-1005	administracion@maiten.edu.ar
Morón	ESCUELA GRANJA ESPECIAL PAPAÍ	4628-4880	granja@escuelaspapai.edu.ar ; granjapapai@hotmail.com
Pacheco	ESCUELA TALLER EL SEMBRADOR S	4726-6331/4740-4107	elsembrador_pagos@yahoo.com
Palermo	ESCUELA TERAPEUTICA ZOE SA	4963-4744/4962-5839	tesoreriazoe@gmail.com
Olivos	FLORES DE LELOIR SA	4621-8749/15-5-643-2264	escuelajuntosalapar@gmail.com
Ezeiza	FUNDACION CIENTIFICA Y DEPORTIV	4480-0472/0438	fundacionequina2@gmail.com
Villa Adelin	FUNDACION CRECIENDO CON LOS A	4765-4572	info@cre-angeles.org.ar
Caballito/C	FUNDACION IPNA	02226-492236	administracion@fundacionipna.org.ar
Acassuso	FUNDACION NOSOTROS	4747-1106/1814	info@fundacionnosotros.org.ar
San Migue	FUNDACION SUZUKI	4664-0771/4667-1400	pagosfundacionsuzuki@hotmail.com ; lilibeth@speedy.com.ar
Olivos	FUTURO ABIERTO SRL	4717-3528/5225	administracion@futuroabierto.com.ar
Martínez	GAROFALO MARIA LEANDRA	4798-1916	adm.cfilucero@hotmail.com
Santos Lug	GRUPO INTERDISCIPLINARIO QUIME	4667-2454	grupotrama@hotmail.com.ar
Ituzaingó	IDEA	4623-6051	instituto_idea@uolsinectis.com.ar
Campana	IMENIC VIRGEN NIÑA SRL	03489-432528/437048	administracion@imenic.com.ar
Ituzaingó	INCLUDERE SRL	4458-1875	info.includere@gmail.com
San Luis	INDOOR GARDENS		
Moreno	INSTITUTO EDUCATIVO SIN FRONTE	0237-4681200/1700	administracion@sinfronteras.edu.ar
Almagro	INSTITUTO ESSERE	4931-0586	essere@sinectis.com.ar
Monte Gra	INSTITUTO JHAITI SRL	4290-4770/4772--4281-2391	contable.jhaiti@gmail.com

Don Torcuá	INSTITUTO UN LUGAR SRL	4741-5514/4748-2482	instituto@institutounlugar.edu.ar ; bvinia@institutounlugar.edu.ar
Ituzaingó	IZET SA	114458-4193	izeterapeutico@gmail.com
Villa Ortúz	LIPARINI ANA MARIA-ZENIT INTEGRACION		zenitintegracion@hotmail.com
Moreno	M.E.T.A.S.	15-5-064-2195	sapoyo@gmail.com ; fundacion.metas09@gmail.com ; finanzas@fundacionmetas.org
Sáenz Peñ	MARAZZO OFELIA VIRGINIA (SIEMBR	4757-3287 int 12 Romina	siembraecyl@hotmail.com
Florida	NUESTRA LUZ SRL	4795-5127/4718-2138	info@nuestraluz.com.ar
Ramos Me	NUEVO DIA S.R.L.	4654-2678/4658-9520	cobranzas@colegionuevodia.com.ar
Núñez	PLIEGUES	4701-4627	plieguesac@yahoo.com
Isidro Casa	RAMOS IVANA ELIZABETH	15-2-365-5500	maryanaguilar@yahoo.com.ar
Caballito	REDAT SRL	4862-1593/0958	info@redat.com.ar ; victoria.redat@gmail.com
	TRANSPORTE		
San Migue	ALFONSO ORLANDO HORACIO (remi	5432-8958	orlando-181@hotmail.com
Tablada	AMAT GISELLE NATALIA (SERVICIO D	15-5-063-6512	giseamat@gmail.com
Don Torcuá	ARRIEU VIVIANA CAROLINA	4748-9302/15-3773-5938.	transportearrieu@gmail.com
Billinghurst	BASCHER FLORENCIA BELEN	15-6-595-9932	transporte.good.cars@gmail.com
Martín Cor	CARRY TOUR	4842-6780	carrytour@hotmail.com
Grand Bou	FERNANDEZ NESTOR GONZALO	02320-413094	silviavarro62@hotmail.com
González	GARNICA ROBERTO CARLOS	02202-435-170/430-438	remises_dany@hotmail.com
San Luis	JELUTO	2664793255	mariadelcarmenpette@gmail.com
Villa Libert	MAIDANA SILVIA NOEMI Y GRASSO M	15-5-461-8236	transportenorte2017@hotmail.com
Villa Bosch	MASTRONARDI JORGE GABRIEL	4751-1963/15-5-481-6828	jorgegabrielmastronardi@gmail.com
Boedo	MIGLIAVACCA VICTOR ALBERTO	4924-7427/15-5-058-1741	victormigliavacca1@gmail.com
Castelar	MUCHOLI JUAN PABLO	15-6-838-1987	transportemucholi@gmail.com
San Migue	MURATORI ANGEL (REMISES KALY)	4667-3575/11-3-190-5332 KARINA	pblanco68@hotmail.com
Grand Bou	NAVARRO SILVIA BEATRIZ (TRANSPC	02320-484038/11-6-986-1699	silviavarro62@hotmail.com
Ituzaingó	PALACIOS PABLO ANIBAL	15-4-533-1900	pabloanibalpalacios@yahoo.com.ar
Capital Fed	PATAGONIA TRASLADOS	4205-0398	patagoniaremis@gmail.com
Merlo	PEDRON RICARDO LUIS-TRANSPOR	0220-4831506	ricardoluispedron@gmail.com
Banfield	PEREZ KAISER GUSTAVO ENRIQUE (4306-1908	remisesfuturo@gmail.com
Moreno	REMIS YA	15-3-444-8001	ariel_mingo@hotmail.com
Merlo	REMISES NICO	0220-480-5185//15-3-601-1653	nicolasponce_12@hotmail.com.ar

Caballito	SABAN RAQUEL-TRANSPORTE ESP.	4861-4186/2007-6415	TRANSPORTES2007@YAHOO.COM.AR	
Morón	SARNO ANDREA SILVANA (TRANSP	15-6-822-1292	transportegrecia@gmail.com	
Virrey del P	SERVICIOS LT	02202 498800	lilianatroilo3@hotmail.com	
Lomas del	TRANSITAR SRL	4458-3763	patriciawdiaz@hotmail.com	
Caseros	TRANSPORTE BAMBU DE GONZALEZ	15-5-994-9005	transportebambu@hotmail.com	
Capital Fed	TRANSPORTES ALCA	790-6970/15-6-995-7368 alejandro	info@transportesalca.com.ar	
San Martin	TRANSPORTES PERSONALIZADOS	15-5-956-4638	rominaferlauto@hotmail.com	
LaFerrere	VILABOA WALTER ANTONIO-TRANSP	4626-0061	vilaboa7@gmail.com	