

Discapacidad - Instructivo para cobertura de prestaciones especiales

**2025**

Equipo de Orientación y Coordinación en Discapacidad

Av. Córdoba 1578 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dpto de Auditoría Médica – División Discapacidad

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 10 a 17 hs

TE de contacto 4813-5058

Mail: recepcion@ospp.ospp.org.ar

autorizaciones@ospp.org.ar

paulacampodonico@ospp.org.ar

Responsables del Área

Dr. Castorina Jorge N.

Lic. Campodónico Paula

Sobre elección de prestadores

Se informa que la Obra Social de Personal de la Publicidad permite la libre elección de Prestadores en Discapacidad los cuales deberán cumplir con los requisitos que dictan los organismos de control.

Discapacidad - Instructivo para cobertura de prestaciones especiales



2025

La documentación solicitada se enmarca en las Resoluciones para cobertura a través del Sistema SURGE

AFILIADO:

- 1. Copia de certificado de Discapacidad**
- 2. Documentación a solicitar al médico tratante**
 - **Historia clínica** (*Se adjunta formulario*)
 - **Indicación médica de modalidad de tratamiento.** (*se adjunta formulario*)
 - **Indicación médica de transporte.** (*se adjunta formulario*)
 - **Indicación de dependencia.** Según escala FIM realizada preferentemente por Terapeuta Ocupacional o Médico tratante.
- 3. Documentación a solicitar a la institución o profesional al que concurrirá para tratamiento :**
 - **Presupuesto mensual**
 - **Inscripción en AFIP y CBU**
 - **Informe de evaluación inicial en caso de nueva prestación.**
 - **Descripción del programa de tratamiento**
 - **Informe evolutivo.**
 - **Plan de abordaje individual.**
 - **Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores o Categorización.**
 - **Informe semestral.**
- 4. **Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo****
- 5. **Transporte: Presupuesto**** (*se adjunta nota*)
- 6. **Ley 19279.**** Sobre automotores para discapacidad. Planilla de información sobre beneficios por automotores (*se adjunta formulario*)
- 7. **Conformidad prestación año 2023**** firmada por el PcD o representante (**Anexo II**)
- 8. **Conformidad de plan de tratamiento / consentimiento.****

LA DOCUMENTACION DEBERÁ SER PRESENTADA EN FORMA COMPLETA

O.S.P.P.

Sobre elección de prestadores en discapacidad

Con el objetivo de facilitar la accesibilidad a los diferentes prestadores brinden atención a personas con discapacidad **los afiliados cuentan con libre elección de los mismos.**



Los prestadores elegidos deberán cumplir con los requisitos y normativas que dispone el organismo de control para tramitar la Correspondiente autorización.

Buenos Aires, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Al Profesional o Institución que brindará la prestación principal:

Por intermedio de la presente y para dar cumplimiento a las disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud se le solicita remita:

1. Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores o Categorización ante el SNR según corresponda.
2. Constancia de Inscripción en AFIP y CBU.
3. Copia de título profesional habilitante y copia de matrícula si corresponde.
4. Se informa a los profesionales o Instituciones responsables del tratamiento que solo se reconocerán aquellas prestaciones para las cuales fueron habilitadas y en el lugar designado por el organismo oficial correspondiente.
5. Tiempo de tratamiento informando la fecha de inicio y de finalización.
6. Presupuesto en el cual se deberá especificar en forma taxativa el módulo o prestación otorgada y de corresponder si incluye o no el almuerzo y la colación diaria.
7. En caso de nueva prestación /prestador: **informe de evaluación inicial informando los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso.**
8. **Descripción del plan de tratamiento a realizar y objetivos/metapas terapéuticas; en ambos casos se deberá informarlo en forma detallada.**
9. **Se deberá emitir un informe semestral (junio / diciembre) donde en forma clara se especifiquen los objetivos alcanzados.**
10. Informe sobre valoración de independencia funcional (FIM) si corresponde y según resultado se aplicará el concepto *dependencia* previa evaluación y autorización de auditoría.
11. Certificado de Alumno Regular anual, si corresponde, con la siguiente aclaración “*de marzo a diciembre*” o según el período lectivo.
12. Consentimiento informado según resolución entre titular o responsable y prestador (ver Anexo II)

IMPORTANTE: EL INICIO O CONTINUIDAD DE UNA PRESTACIÓN ESTA SUJETA CON CARÁCTER DE OBLIGATORIEDAD A LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN DEL DPTO. DE AUDITORIA MÉDICA DE ESTA OBRA SOCIAL. LA AUTORIZACIÓN ORIGINAL DEBERA SER SOLICITADA AL PADRE/MADRE/TUTOR QUIEN SERA EL RECEPTOR DE LA MISMA.

Se comunica que en caso de ser necesario esta auditoría solicitará ampliación de datos o realizará auditoría en terreno para verificación de los mismos.

**AUDITORIA MEDICA
OSPP**

Buenos Aires, XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Al Profesional o Institución que brindará la prestación de apoyo:

Por intermedio de la presente y para dar cumplimiento a las disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud se le solicita remita:

1. Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores o Categorización ante el SNR según corresponda.
2. Constancia de Inscripción en AFIP y CBU.
3. Copia de título profesional habilitante y copia de matrícula si corresponde.
4. Se informa a los profesionales o Instituciones responsables del tratamiento que solo se reconocerán aquellas prestaciones para las cuales fueron habilitadas y en el lugar designado por el organismo oficial correspondiente.
5. Tiempo de tratamiento en meses por año y si corresponde el número de sesiones **por semana, aclarando lugar, día, horario y duración de la sesión.**
6. Presupuesto en el cual se deberá especificar en forma taxativa el módulo o prestación otorgada.
7. En caso de nueva prestación /prestador: **informe de evaluación inicial informando los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso.**
8. **Descripción del plan de tratamiento a realizar y objetivos/metapas terapéuticas; en ambos casos se deberá informarlo en forma detallada.**
9. **Se deberá emitir un informe semestral (junio / diciembre) donde en forma clara se especifiquen los objetivos alcanzados**
10. Consentimiento informado entre titular o responsable y prestador (ver planilla)

IMPORTANTE: EL INICIO O CONTINUIDAD DE UNA PRESTACIÓN ESTA SUJETA CON CARÁCTER DE OBLIGATORIEDAD A LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACION DEL DPTO. DE AUDITORIA MÉDICA DE ESTA OBRA SOCIAL. LA AUTORIZACIÓN ORIGINAL DEBERA SER SOLICITADA AL PADRE/MADRE/TUTOR QUIEN SERA EL RECEPTOR DE LA MISMA.

Se comunica que en caso de ser necesario esta auditoria solicitará ampliación de datos o realizará auditoria en terreno para verificación de los mismos.

**AUDITORIA MEDICA
OSPP**

Sobre Apoyo a la integración Escolar

Se informa que en aquellos casos donde la prestación corresponda a **Apoyo a la Integración Escolar** se deberá completar la información con:

- Firma de **Acta Acuerdo** entre Escuela – Maestra integradora / Responsable de Equipo de apoyo – Familiar responsable.
- **Adecuaciones curriculares. El detalle del plan a realizar deberá incluir la descripción por área o materia con las adecuaciones curriculares.**
- La prestación podrá ser brindada por maestra de educación especial o psicopedagoga con título habilitante, en los casos que el apoyo sea dado por un Equipo el mismo deberá contar con inscripción en el SNR (categorización) / RNP (Registro Nacional de Prestadores)
- En caso de Módulo Maestro de Apoyo se deberá adjuntar el título y Certificado analítico de materias.

Buenos Aires, xx

Al Medico responsable de la indicación:

Por intermedio de la presente y para dar cumplimiento a las disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud se le solicita remitir:

1. Historia clínica: se debe dejar constancia clara del diagnóstico principal y otros diagnóstico que sean relevantes, tratamientos, evolución del cuadro hasta la fecha.
2. Indicación expresa del tratamiento a realizar, **se debe hacer referencia solo a aquel o aquellos comprendidos dentro de las normativas correspondientes**. En el caso que se indique doble jornada la misma deberá estar fundada claramente al igual que la indicación de prestaciones de apoyo.
3. Indicación de dependencia deberá estar fundamentada.
4. Indicación de transporte. Dicha indicación será válida cuando se **fundamente la imposibilidad** de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314. Art. 22, inc a).

Se comunica que en caso de ser necesario esta auditoria solicitará ampliación de datos o copia de historia clínica del paciente.

Saluda atentamente.

**AUDITORIA MEDICA
OSPP**

REF: PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Buenos Aires, xxxxxxxxxxxxxxxx

Al Transportista:

Se informa que para dar cumplimiento a las disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud se le solicita completar la planilla adjunta y remitir la siguiente documentación:

- ✓ Copia de licencia de conducir vigente y D. N. I.
- ✓ A. F. I. P.
- ✓ Póliza de seguro del vehículo.
- ✓ VTV vigente
- ✓ Habilitación municipal.
- ✓ Presupuesto (ver planilla adjunta)
- ✓ CBU emitido por la entidad bancaria correspondiente.

****** Dicha prestación modular estará sujeta a débito, cuando el servicio sea prestado en menos de un 80% del período en cuestión (En caso de que el resultado diera fraccionado, se considerará día completo). Para los servicios educativos, se encuentran incluidos en el módulo, los días de receso invernal..******

Una vez autorizado y para el correspondiente cobro se deberá presentar:

- ✓ Planilla de asistencia. (con fecha y firma del familiar)
- ✓ Factura electrónica.

IMPORTANTE: EL INICIO O CONTINUIDAD DE UNA PRESTACIÓN ESTA SUJETA CON CARÁCTER DE OBLIGATORIEDAD A LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACION DEL DPTO. DE AUDITORIA MÉDICA DE ESTA OBRA SOCIAL. LA AUTORIZACIÓN ORIGINAL DEBERA SER SOLICITADA AL PADRE/MADRE/TUTOR QUIEN SERA EL RECEPTOR DE LA MISMA.

IMPORTANTE: UNA VEZ AUTORIZADO SOLO SE RECIBIRÁN LAS FACTURAS QUE SEAN ACOMPAÑADAS DE LA CORRESPONDIENTE PLANILLA DE ASISTENCIA (cada día de asistencia deberá llevar la firma del paciente o familiar responsable. La asistencia será controlada con la planilla de asistencia al prestador que corresponda)

**AUDITORIA MEDICA
OSPP**

Fecha

Nombre y Apellido: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Edad: xxxxx AÑOS
DNI xxxxxxxxxxxx OSPP N° xxxxxxxx Categoría Familiar / hija
Sexo F ☒ M ☐

Datos del Transportista

Nombre y Apellido / Razón Social:
Domicilio: Localidad:
Teléfono: N° de CUIT:
Habilitación emitida por:
Compañía de Seguros:
Condición frente al IVA:

Prestación con dependencia Si ☐ No ☐ (sujeta a FIM e indicación médica)

En caso de dependencia informar apoyos específicos que se brindaran:

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

Recorrido

Para el cálculo del recorrido se tomará la distancia más corta indicada según Google maps.
El cálculo de recorrido comprende la distancia entre el lugar donde se encuentre el paciente al lugar de prestación o desde el lugar de prestación a su domicilio.

Precio por km: (si corresponde incluir la dependencia)

El valor kilómetro queda establecido por resolución del organismo competente, según normas.

Recorrido 1 - Ida

Desde calle N° Localidad
Hasta calle N° Localidad
Días: Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐
Desde el mes de hasta el mes de, año 20....
Km diarios Km semanales Km mensuales.....

Recorrido 2 - Vuelta

Desde calle N° Localidad
Hasta calle N° Localidad
Días: Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐
Km diarios Km semanales Km mensuales.....
Desde el mes de hasta el mes de, año 20....

Km Totales al mes (sumatoria de todos los recorridos):

Presupuesto Total Mensual \$

.....
Firma y aclaración del Prestador

.....
Firma y aclaración PcD o Responsable le a cargo

Sobre automotores para discapacitados - Ley 19.279

Fecha

--	--	--

Nombre y apellido del Titular:

Nombre y apellido del afiliado con discapacidad:.....

Por intermedio de la presente dejo constancia que

(tachar lo que no corresponda):

Poseo automóvil obtenido con franquicia según ley 19.279.	Si	No
Estoy realizando un tramite para la obtención de un automóvil obtenido con franquicia según ley 19.279	Si	No
Poseo Símbolo Internacional de Acceso para utilizarlo en el automotor que poseo.		
Estoy realizando un tramite para la obtención del Símbolo Internacional de Acceso	Si	No

Esta información será corroborada ante el Servicio Nacional de rehabilitación.

Firma del titular y Aclaración

Registro de firmas de responsables

Los abajo firmantes son los responsable de firmar las planillas de concurrencias. **Se recuerda que NO se deberán firmar días en los cuales no se brindó atención.**

Firma: Aclaración: _____

Parentesco: _____

Firma: Aclaración: _____

Parentesco: _____

Historia clínica**Ciclo 2025****Fecha**

Nombre y Apellido: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Edad: xxxxx AÑOS

DNI xxxxxxxxxxxx

OSPP N° xxxxxxxx

Categoría Familiar / hija

Sexo F ☒ M ☐**Diagnósticos principales:****Fecha de diagnóstico de la enfermedad principal:** / /Tipo de discapacidad Mental/Intelectual ☐Realizo CI Si ☐ No ☐ Resultado.....

Diagnóstico multiaxial

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

Motora ☐ Tipo: Cerebral ☐ Espinal ☐ Osea-articular ☐ Muscular ☐

FIM (Medida de independencia funcional):.....

Visceral ☐**Sensorial** visual ☐ Auditiva ☐**Otras** ☐**Otros diagnósticos o comorbilidades****Tratamientos médicos / quirúrgicos:****Evolución desde el diagnóstico hasta la fecha:****Otros datos de interés:**

Firma y sello del Profesional

Indicación de Prestaciones Básicas p/Personas c/ Discapacidad**Ciclo 2025****Solo hacer referencia aquel o aquellas prestaciones por lo cual se presenta el trámite****Fecha**

Nombre y Apellido: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Edad: xxxxx AÑOS

DNI xxxxxxxxxxxx

OSPP N° xxxxxxxx

Categoría Familiar / hija

Sexo F ☒ M ☐**Descripción detallada de o las patologías a tratar****→→Si el paciente reúne CRITERIO DE DEPENDENCIA TOTAL** según escalas de evaluación (FIM) anotar de puño y letra "con dependencia" en el tratamiento principal.

Tratamiento principal:	Desde	Hasta
1- Jda. simple / Doble		
2- Jda. simple / Doble		

Otros tratamientos	Nº ses./ sem	Desde	Hasta
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			

Desde→ corresponde a mes de inicio / Hasta→corresponde a último mes de prestación

En caso de doble jornada fundamentar:

Firma y sello del Profesional

Indicación de Transporte

Ciclo 2025

Fecha			
-------	--	--	--

Nombre y Apellido: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Edad: xxxxx AÑOS
DNI xxxxxxxxxxxx OSPP N° xxxxxxxx Categoría Familiar / hija
Sexo F ☒ M ☐

Puede usufructuar el transporte público de pasajeros	Si		No	
Requiere transporte especial	Si		No	

➔➔ Si el paciente reúne CRITERIO DE DEPENDENCIA TOTAL según escalas de evaluación (FIM) anotar de puño y letra "con dependencia"

Desde el mes de hasta el mes de, año 20....

Fundamentación

Firma y sello del Profesional

--



OBRA SOCIAL
DEL PERSONAL
DE LA PUBLICIDAD

Constancia de consulta por trámite de pensión o jubilación

Fecha

--	--	--	--

Por intermedio de la presente dejo constancia que el afiliado

(marque con una X lo que corresponda)

1. Posee una pensión no contributiva por invalidez ☐

Fecha de otorgamiento:...../...../.....

2. Se encuentra tramitando una pensión no contributiva por invalidez ☐

Fecha de inicio del trámite:...../...../.....

IMPORTANTE: Por intermedio de la presente dejo constancia que he sido informado de la obligación de comunicar a la Obra Social del Personal de Publicidad cualquier inicio y/o finalización de un trámite relacionado con la solicitud de pensión no contributiva por invalidez.

Firma
Aclaración
DNI

--

ABEIJON SANDRA	PSICOLOGIA	0237-4602358	espaciopsicomoreno@hotmail.com	JOLY 2525 MORENO		
ACUÑA ANA PAOLA	PSICOPEDAGOGIA	1127594694	acunapaola610@gmail.com	CAMINO GRAL BELGRANO 6417 VARELA		
ACUARELA CENTRO PEDAGOGICO	ESCUELA ESPECIAL PRIMARIA -JORNADA COMPLETA	114865-2256 4862-5307	acuarela.adm@fibercorp.com.ar	PRINGLES 738/740 CABA		
AGUERRE SOFIA	PSICOLOGIA		sofia.aguerre4@gmail.com	CAMINO GRAL BELGRANO 6417 VARELA		
AHUALLI CAMILA	KINESIOLOGIA	1523194433	ymahuali@hotmail.com	SUAREZ 945 TEMPERLEY		
AILES	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	1145444014	ailsinclusion@gmail.com	ESCUELA 17 FRANCISCO DE VITORI JULIAN ALVAREZ 240		
ALFONSO VERONICA	FONOAUDIOLOGIA	1164656308	veronicamarielfonso@gmail.com	CAMPANA 2702 CABA		
ALIPPO MARIA CECILIA	FONOAUDIOLOGIA	1162337525	cuerdasconsultorios@gmail.com	ESTANISLAO ZEBALLOS 4544 VILLA DOMINICO		
APANAU	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	4265-2772 1139197878	apanau01@hotmail.com	COLEGIO VICENTE SAURAS BRANDSEN 4974 V. DOMINICO		
ARABELA	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	45688013 TINOGASTA 4498 CABA	info@institucionarabela.com.ar	ESCUELA N8 NICOLAS AVELLANEDA TALCAHUANO 678 CABA		
ASOCIACION COLEGIO SAINT JEAN	ESCUELA ESPECIAL PRIMARIA -MEDIA JORNADA	1120499618	facturacion.sjespecial@yahoo.com.ar	AV MONROE 5352 CABA		
BAJO ANA MANUELA	PSICOPEDAGOGIA	1157327961	grupotrama@hotmail.com	AVELLANEDA 505 SAN MIGUEL		
BAVAUD MARIA AGUSTINA	TERAPIA OCUPACIONAL	1151554907	agustinabavaud@hotmail.com	SENILLOSA 655 CABA		
BEHRENS KAREN	TERAPIA OCUPACIONAL	1133251513	karenbehrens57@gmail.com	J M D ROSAS 12837 LAFERRERE		
BERROCAL NATALIA	TERAPIA OCUPACIONAL	156-1928727	profesionalesfdl@hotmail.com	H.IRIGOYEN 8071 BANFIELD		
BLANCO HERBALEJO MARIELA	FONOAUDIOLOGIA	1531499513	marielablanca21@yahoo.com	CONTRERAS 253 FLORENCIO VARELA		
BLEULER LUDMILA	PSICOPEDAGOGIA	0237-4602358	espaciopsicomoreno@hotmail.com	CLAUDIO MARIA JOLY 2525 MORENO.		
BORGES ROSENTHAL GISELA	TERAPIA OCUPACIONAL	1123973410	adm.centroser@gmail.com	AV RICARDO BALBIN 1929 VILLA LYNCH		
BORIKA MARCOS	PSICOLOGIA	156-7929843	mboryka@hotmail.com	ALVEAR 2667 OF 3 VILLA BALLESTER		
BUSTINGORRY FLORENCIA	FONOAUDIOLOGIA	2281533521	flory.bustingorry@gmail.com	AV SAN JUAN 1334 7C CABA		
CALUCH ELIANA	TERAPIA OCUPACIONAL	1162461431	turcaluch@hotmail.com	GREGORIA PEREZ 3530 CABA		
CAMINERO GRACIELA	PSICOLOGIA	1151551493	gcaminero2001@yahoo.com.ar	SENILLOSA 655		
CANALE	HOGAR PERMANENTE CON CENTRO DE DIA CAT A	4294-0246 152-5840991	centrocanale@yahoo.com.ar	CANALE 1865 ADROGUE		
CANTARELLA CECILIA	PSICOPEDAGOGIA	1134740980	cecilia.cantarella@hotmail.com	ALBERTI 1744 CABA		
CASTILLO SANDRA	PSICOPEDAGOGIA	1551401016	sandra.cast@outlook.com	SAN MARTIN 84 RAMOS MEJIA		
CASTRO VARRIANO SOFIA	PSICOPEDAGOGIA	1161278267	sofiacas96@gmail.com	ESTANISLAO DEL CAMPO 994 FLORIDA		
CAVIGLIA MARIANA LAURA	PSICOPEDAGOGIA	1133740330	cavigliamariana@yahoo.com.ar	AV. DIRECTORIO 1842 2 C		
CELENTANO SILVIA	FONOAUDIOLOGIA	1568115118	silviacelentano16@gmail.com	PALPA 2955 CABA		
CENTRO DE DIA OCUPACIONAL DE L	CENTRO DE DIA JORNADA COMPLETA	4665-0067 INT 308	escuelaspecialhurlingham@hotmail.com	SARGENTO GOMEZ 1644 HURLINGHAM		
CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACI	MODULO INTEGRAL INTENSIVO	5263-5006	administracion@rehabilitacionintegral.com	AV J D PERON 2888 LOS POLVORINES		
COLEGIO DEL ROBLE	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	116645-2406	presupuestosesuelasoles@gmail.com	INST. MANUEL QUINTANA. VIRGILIO 1825 LOMAS D ZAMOR		
COLOMBINO VANINA	PSICOPEDAGOGIA	156-1928727 4242-2668	profesionalesfdl@gmail.com	HIPOLITO YRIGOYEN 8071 BANFIELD		
CONDE MICAELA	TERAPIA OCUPACIONAL	112529-8612	micaelaconde@gmail.com	CUENCA 3122 3A		
CREER EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	1166858662	creer.equipo@gmail.com	AV SAN MARTIN 5021 CABA		
CREI SRL	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	47677504	administracion@crei.edu.ar	E.P.N 20 J.B.ALBERDI PTE PERON Y CERRITO 3546		
CROVO LUCIANA	PSICOLOGIA	1168937673	crovoluciana@gmail.com	EMILIO MITRE 1184 8VO G		
CUELLO MENDOZA SANDRA	FONOAUDIOLOGIA	1562009169	sandracuello89@gmail.com	AVELLANEDA 505 SAN MIGUEL		
DA COBA MARIA LAURA	PSICOLOGIA	1153484252	lauradacoba@yahoo.com.ar	LUIS VERNET 3517 LANUS		
DE BOSINI ANABELLA	FONOAUDIOLOGIA	1555745667	anabelladebosini@hotmail.com	PTE QUINTANA 179 LANUS		
DELGADO EVELYN	TERAPIA OCUPACIONAL	1132673825	tobiascd@hotmail.com	AV DIRECTORIO 1846 2 C		
DESIR SALUD	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	1533510969	claudioangulo@desirsalud.com.ar	INST. INMACULADA CONCEPCION POMAR 3656 CABA		
DIAB LOURDES	PSICOPEDAGOGIA	1158831245	psp.diab@gmail.com	MARTIN FIERRO 286 WILDE		
DIAZ ALDANA LUJAN	TERAPIA OCUPACIONAL	2216549987	aldanadiaz16@gmail.com	AV SAN JUAN 1334 1C		
DISTEFANO NORMA	FONOAUDIOLOGIA	1149721789	normadistefano@yahoo.com.ar	CAMINO GRAL BELGRANO 6417 VARELA		
ECHEGARAY JIMENA	PSICOPEDAGOGIA	47730801 1554218182	jimenaechegaray@yahoo.com.ar	GREGORIA PEREZ 3530 CABA		
EGUIGUREN AVELINA	PSICOLOGIA	1161541588	jmariaavelina39@gmail.com	AV SAN JUAN 1334 7C CABA		
FANTINO VERONICA	PSICOLOGIA	1154961149	veronica_fantino@hotmail.com	AV MANUEL BELGRANO 3085		
FERNANDEZ JIMENA	FONOAUDIOLOGIA	1164838309	lic.fernandezjimena@gmail.com	ESTANISLAO DEL CAMPO 994 FLORIDA		
FLOR DE LIS SRL	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	156-1928727 4242-2668	inclusionfdl@gmail.com	ESC. N15 D.ROCHA GRAL CARLOS MARIA DE ALVEAR 1701		
FRARE ANDRS JONTAN	TRANSPORTE REMIS	1555684037		BATALLA PAGO LARGO 2141 BOULOGNE		
FUNDACION CISAM	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	48572387	consultorios@fundacioncisam.org	COLEGIO NUEVO GUIDO SPANO BILLINGHURST 1355 CABA		
FUNDACION SUZUKI	ESCUELA ESPECIAL PRIMARIA -JORNADA COMPLETA	46671400 44513820	escuelafundacionsuzuki@gmail.com	PELUFFO 1349		

GALANO VIRGINIA	PSICOLOGIA	1166045759	galanovirginiam@gmail.com	AV DE MAYO 400	
GAMARRA PATRICIA	KINESIOLOGIA	1138867450	armoniaperfecta979@gmail.com	GONCALVES DIAS 415 CABA	
GARCIA JULIA	PSICOLOGIA	1544150508	juliasofiajgarcia@gmail.com	ESTANISLAO DEL CAMPO 994 VICENTE LOPEZ	
GARCIA MARINA	PSICOPEDAGOGIA	1136271664	marinaelegarcia@hotmail.com	CONTRERAS 253	
GARCIA MONICA	PSICOLOGIA	1550386307	moni26_09@hotmail.com	CONTRERAS 253 F. VARELA	
GENOA SAENZ VALIENTE GRACIELA	MODULO MAESTRO DE APOYO	1162062615	gragenos@yahoo.com.ar	INST. INMACULADA CONCEPCION AV MITRE 658 QUI	
GIGLIOTTI NATALIA	PSICOMOTRICISTA	1161304780	ndg349@gmail.com	PORTELA 299 LOMAS DE ZAMORA	
GOMEZ VERONICA	TERAPIA OCUPACIONAL	1130884474	coteintegrados@gmail.com	AMENABAR 1095 ADROGUE	
GONZALEZ FLORENCIA	PSICOPEDAGOGIA	1162008369	gonzalezflorencia_lizzy@hotmail.com	MALNATTI 1082 SAN MIGUEL	
GRUPO TRAMA	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	60092054	grupotrama@hotmail.com	E.E.S N17 JOSE C PAZ	
GRUPO ZENIT	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	45517154	info@grupozenit.com.ar	SENILLOSA 568 INSTITUTO SANTA MARIA	
GUEVARA VERONICA	PSICOLOGIA	1123519074	mveroguevara@gmail.com	ALFREDO PALACIOS 2775 VALENTIN ALSINA	
GUISASOLA MARIA BELEN	PSICOPEDAGOGIA	1140336031	mariabelenguissasola88@gmail.com	CAMINO GENERAL BELGRANO 6417. VARELA	
GUZMAN AGUSTIN	KINESIOLOGIA	1163243981	aguskinesio28@gmail.com	PAUNERO 3326 SAN MIGUEL	
GUZMAN BARBARA	MODULO MAESTRO DE APOYO	1139203091	barbie.guzman2@gmail.com	INSTITUTO PARROQUIAL SANTA LUCIA	
IGLESIAS JOSEFINA	PSICOPEDAGOGIA	1139512976	josefinaiglesias25@gmail.com	CHARCAS 2539	
INSTITUTO ARMONIA	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	47175469	info@institutoarmonia.edu.ar	INST. SAN JOSE V. SARFIELD 450 MARTINEZ	
INSTITUTO DE NIVELACION MELODIA	ESCUELA ESPECIAL PRIMARIA -JORNADA COMPLETA	2090-1141/3978-5031	escuelaspecialmelodia@gmail.com	AV BENAVIDEZ 92 BENAVIDEZ	
INSTITUTO EDUCATIVO CREAR	ESCUELA ESPECIAL PRIMARIA -JORNADA COMPLETA	4522-6666	facturacion@institutocrear.edu.ar	JURAMENTO 4751	
INSTITUTO MANONI	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO -MEDIA JORNADA	42078937	info@institutomanoni.com.ar	RAQUEL ESPAROL 61 WILDE	
INSTITUTO MI MANANA	ESCUELA ESPECIAL PRIMARIA -JORNADA COMPLETA	45417938	info@mimanana.com.ar	E.VALDENEGRO 3470 CABA	
JUAN MARCELO ROMERO	TRANSPORTE REMIS	1560507874	juan.marcelo.romero@hotmail.com	LUIS BELTRAN 1005 MARTINEZ	
KHIPU	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	1550959235	EQUIPOKHIPU@YAHOO.COM	ESCUELA N 2 J.B ALBERDI SALVADOR SALLARES 1800 I	
KLEINERMAN TOMAS	PSICOLOGIA	1135132889	tkleinerman@gmail.com	JORGE NEWBERY 1840 DEOTO 1	
LA LLAVE DEL NORTE	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	023-2047-6677 MICAELA	info@escueladelallave.edu.ar	ESCUELA SAN ROMAN ESPINOSA 1675 A SORDEAUX	
LA TORRE NATALIA	FONOAUDIOLOGIA	1165421583	natalialtfono@gmail.com	JOSE MARIA PENNA 50 LOMAS DE ZAMORA	
LAMBRECHT ROMINA	FONOAUDIOLOGIA	1166784888	LIC.ROLAMBRECHT@GMAIL.COM	MALNATTI 1082 SAN MIGUEL	
LEDESMA VERONICA	PSICOPEDAGOGIA	1166436481	ledesmavero@yahoo.com.ar	MANUELA PEDRAZA 5342 VILLA URQUIZA	
LENCINA NATALIA	TERAPIA OCUPACIONAL	1550557731	natalialencina1977@gmail.com	CONTRERAS 253 F VARELA	
LEONEL ORNELLA	TERAPIA OCUPACIONAL	1140861446	lic.ornellamleonel@gmail.com	GRAL MADARIAGA 685	
LETOURDIT SALUD MENTAL	HOSPITAL DE DIA	1162836565	letourditsaludmental@gmail.com	ASUNCION 3245 VILLA DEVOTO	
BORTOT VALERIA	PSICOPEDAGOGIA	155-0027838	valeriabortot@hotmail.com	TUCUMAN 3405 LA LUCILA	
FUENTES SOLEDAD	PSICOLOGIA	1531560549	solefuentes81@gmail.com	ALEM 1868 SAN MIGUEL	
GAUTO GRACIELA	PSICOPEDAGOGIA	1540936064	graciela.gauto@gmail.com	ALEM 1868 SAN MIGUEL	
HERNAN TOPIA	PSICOLOGIA	1169757154	hrt_hernan@hotmail.com	CORONEL SUAREZ 2021 JOCE C PAZ	
IRINA DE SIMONE	TERAPIA OCUPACIONAL	1527622027	irina_ailen@hotmail.com	SENILLOSA 655 CABA	
JULIETA TKACH	PSICOLOGIA	1561889836	julietatkach@gmail.com	AV DIRECTORIO 1846 2 C CABA	
KALOGERIAS ELENA	FONOAUDIOLOGIA	46311313	elenakalogerias@gmail.com	CORTINA 54 3B CABA	
KONCZEI ROMINA	PSICOLOGIA	156-2241382	rkonczei@yahoo.com.ar	TUCUMAN 3405 LA LUCILA	
MARIA NATALIA BERNABEU	PSICOLOGIA	155-2595210	bernabeumaria@yahoo.com.ar	AV CNEL DIAZ 2187 3 18 CABA	
MARIEL UHIA	PSICOPEDAGOGIA	155-5149317	melisa.mangieri@gmail.com	AV DIRECTORIO 1846 PISO 2 CABA	
PELLEGRINI GLADYS	PSICOLOGIA	1554767368	gladyspele@hotmail.com	ALVEAR 3430 SAN ANDRES BUENOS AIRES	
SABORIDO LILIANA DEL CARMEN	FONOAUDIOLOGIA	1161882201	lilianasaborido@gmail.com	AV LA PLATA 111 3RO E	
GINDRE NICOLAS	PSICOLOGIA	154-9600929 4966-1507	nicogindre@hotmail.com	LAPRIDA 1064 2 C CABA	
GONZALEZ VIDELA ROCIO	PSICOLOGIA	CONFIRMAR 153191173	rociobgv@hotmail.com	CHACABUCO 240 - MORENO	
LILIANA TRIPOLIO	TRANSPORTE REMIS	1140796177	tripolioliliana@gmail.com	PEDRO MORAN 2662 CABA	
LIPARINI ANA INT ZENIT	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	45517154	integracionzenit@hotmail.com	SAN PABLO APOSTOL. PALPA 3480 CABA	
LOCURATOLO KARINA	FONOAUDIOLOGIA	1160578062	locurakarina67@hotmail.com.ar	CARLOS CASARES 106 RAFAEL CASTILLO	
LOPEZ IVANNA	TERAPIA OCUPACIONAL	1159989631	ivanaadlopez@gmail.com	AV. MANUEL BELGRANO 3085 SARANDI	
MACHADO GONZALO	PSICOLOGIA	0237-4602358	espaciopsicomoreno@hotmail.com	JOLY 2525 MORENO	
MARCUZZI PABLO	TRANSPORTE REMIS	116973-4044	remiscosmos@hotmail.com	GONCALVES DIAZ 471	
MARIA DEL ROSARIO OLMOS ESTEVE	TERAPIA OCUPACIONAL	1138133603	olmosmdr@gmail.com	LAS HERAS 3481 CABA	
MARIN ADRIANA	PSICOLOGIA	1159771541	adrianallmarin6@gmail.com	GRAL MADARIAGA 685	

MARINA RIESEN	PSICOLOGIA	152-7953066	licmarinariesen@gmail.com	SANCHEZ DE BUSTAMANTE 624 CABA
MARTINEZ JERIA ELSA	FONOAUDIOLOGIA	155-8170321	fono.elsa.martinez.jeria@gmail.com	AVELLANEDA 691 CABA
MARTINEZ LEONARDO	TRANSPORTE REMIS	155-6193866	transporteespecial@hotmail.com	RONDEAU 255 WILDE
MARTINEZ MERCEDES	PSICOPEDAGOGIA	1559616913	marimertomaye@hotmail.com	INTENDENTE ALVEAR 3430 SAN ANDRES
MASTRANGELO CLIDE	PSICOLOGIA	1160130775	clidemastrangelo@hotmail.com	VELEZ SARSFIELD 1175 GERLI
MENDEZ EDGARDO	FONOAUDIOLOGIA	1127708362	mendezedgardo.a@gmail.com	EMILIO MITRE 51 2 B CABA
MENDOZA COMOJO CONSTANZA	PSICOMOTRICISTA	1159771541	c.mendoza.comojo@gmail.com	GRAL MADARIAGA 685
METAS	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	1169076779	finanzas@fundacionmetas.org	ESCUELA FRAGATA LIBERTAD SANTA CRUZ 907 R CAS
MILLER JESICA	PSICOLOGIA	1120160375	lic.jesicamiller@gmail.com	CONDARCO 2675 CABA
MIRAS MARIANA	PSICOPEDAGOGIA	1165632606	marianamiras87@yahoo.com.ar	A PALACIOS 2775 LANES
MOEBIUS	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	3484420951	gestionpacientes@moebiuscentrodere	INST. ARNOLD GESELL SANABRIA 5374 ADOLFO SOR
MONTORO PAOLA	PSICOPEDAGOGIA	1150395089	licpaomontoro@hotmail.com	CARLOS CASARES 106 RAFAEL CASTILLO
MOREYRA ANGELES	PSICOPEDAGOGIA	1560413735	angeles44721@hotmail.com	AVELLANEDA 505 SAN MIGUEL
MUSSART CAMILA	PSICOLOGIA	0237-4602358	espaciopsicomoreno@hotmail.com	JOLY 2525 MORENO
MUTILVA SEBASTIAN	TRANSPORTE REMIS	46657501	liliamutilva@hotmail.com	PEREZ GALDOS 1829 HURLINGHAM
OLIVERA SERGIO	PSICOLOGIA	1165400690	sergio_jones@hotmail.com	AV RICARDO BALBIN 1929 SAN MARTIN
ORELLANO ROXANA	PSICOLOGIA	1134446064	lic.roxanaorellano@gmail.com	PAUNERO 3326
ORTI MARIA GUADALUPE	MUSICOTERAPIA	1552607703	guadaorti@hotmail.com	HIDALGO 385 PISO 6 DEPTO C
PAPALEO MARIELA	PSICOMOTRICISTA	1164410662	marielap_paleo@gmail.com	AV. ALBARELLOS 2935 CABA
PAVON NOELIA	PSICOLOGIA	1139410619	psinoelia.p@gmail.com	JUAN M DE ROSAS 12837 LAFERRERE
PEREIRA PAULA	PSICOPEDAGOGIA	1132036094	lic.pereirapaula@gmail.com	LITUANIA 2720 LANUS
PEREZ MILLAN ANDREA	TERAPIA OCUPACIONAL	1162875751	andreaperezmillan@gmail.com	SENILLOSA 655
PROGRAMA DE REINSENCION SOCIAL	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	1147028739	consultas@proyectoatuel.com.ar	CORREA 2025 - CABA
RAMIREZ CAROLINA	MODULO MAESTRO DE APOYO	0341-153130612	carolinaramirez80@hotmail.com	ESCUELA ELENA 1357. PAUNERO 3223 ROSARIO
REDAT	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	4581-4947	info@redat.com.ar	E.P.N 43 I. ROSELLI ROMA E INGLATERRA Y HOLANDA
REDONDEL	ESCUELA ESPECIAL CON FORMACION LABORAL -JORI	4243-4896	escuelaredondel@gmail.com	ALVEAR 36 LOMAS DE ZAMORA
REPETTO MAILEN	PSICOLOGIA	1123344870	repettopsi@gmail.com	CARLOS CASARES 106 RAFAEL CASTILLO
RIMOLI MARA	PSICOLOGIA	155-4081251	loc.mararimoli@gmail.com	MORENO 253 RAMOS MEJIA
RIVADERA NAHIR	TERAPIA OCUPACIONAL	3804352620	nahir2798@hotmail.com	MORENO 253 RAMOS MEJIA
ROBLEDO NATALIA	PSICOPEDAGOGIA	0237-4602358	espaciopsicomoreno@hotmail.com	JOLY 2525 MORENO
ROCHI ANDREA	TERAPIA OCUPACIONAL	154-9288818	andrearochoi.to@hotmail.com	PAUNERO 3326 SAN MIGUEL
RODRIGUEZ MARIA BELEN	TERAPIA OCUPACIONAL	47384049		LAS HERAS 2666 VILLA BALLESTER
RODRIGUEZ RIOS DARIO	PSICOPEDAGOGIA	1170065566	caminoinclusivo@gmail.com	HUALFIN 868 CABA
RODRIGUEZ RUIZ MALENA	MUSICOTERAPIA	1152602676		AV. RICVARDO BALBIN 1929
ROJAS ERIKA	PSICOPEDAGOGIA	1154942323	erikarojas@live.com.ar	J. MANUEL DE ROSAS 12837 LAFERRERE
SABELLA MARIA TERESA	PSICOPEDAGOGIA	1153867646	teresa.sabella@yahoo.com.ar	AV. LA PLATA 148 CONS.4 CABA
SANCHEZ MARIA BELEN	PSICOLOGIA	1160092054	grupotrampa@hotmail.com	AVELLANEDA 505 SAN MIGUEL
SANTA MARIA DEL LUJAN	CENTRO DE FORMACION LABORAL JORNADA COMPLETA	4508-4708 1121796534	cflujanrl@yahoo.com.ar	YERBAL 1259 VILLA ADELINA
SANTAMARIA IARA	TERAPIA OCUPACIONAL	1128676924	santamariaiara.to@gmail.com	JOSE MARIA PENA 50 LOMAS DE ZAMORA
SAPONARO ARIEL	TRANSPORTE REMIS	1122732203		RAFAEL OBLIGADO 6754 CARAPACHAY
SARDO SOFIA	PSICOPEDAGOGIA	1121708587	sofia_sardo@hotmail.com	VIRREY LORETO 3829
SASTRE SILVINA	PSICOPEDAGOGIA	1149609700	sastresilvia30@gmail.com	DORREGO 469 MARTINEZ
SAVASTANO MELINA	FONOAUDIOLOGIA	0237-4602358	espaciopsicomoreno@hotmail.com	JOLY 2525 MORENO
SEGOVIA VIVIANA	PSICOPEDAGOGIA	0237-4602358	espaciopsicomoreno@hotmail.com	JOLY 2525 MORENO
SERAFINI MARIANA	FONOAUDIOLOGIA	1168004243	lic.serafinimariana@gmail.com	AV.DIRECTORIO 1846 2 C
SERRANO CARACCIOLI NICOLAS	TERAPIA OCUPACIONAL	47384049	info@centrocite.com.ar	LAS HERAS 2666 VILLA BALLESTER
SOBRE PUENTES	CENTRO DE DIA JORNADA COMPLETA	5430-9297 155-0295929	adm.sobrepuentes@gmail.com	BELGRANO 664 MORON
SOLSIRE S.A	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO -MEDIA JORNADA	49720478	coordinacion.solsire@gmail.com	MARIEL MAZA 3435 MORENO
SPAGNUOLO SILVINA	PSICOPEDAGOGIA	156-7478324	silvinacspagnuolo@gmail.com	EMILIO MITRE 1184 8VO G
STURBA FEDERICO	PSICOLOGIA	1167577246	federicosturba@hotmail.com	J M PENNA 50 LOMAS DE ZAMORA
TASD SRL	TRANSPORTE REMIS	1169807585		TRONADOR 3430 CABA
TASSI ANDREA	PSICOPEDAGOGIA	1150393135	anntassafg@gmail.com	AV MANUEL BELGRANO 3085 SARANDI

TKACH JULIETA ISABEL	PSICOLOGIA	1161889836	juelietatkach@gmail.com	AV DIRECTORIO 1846 - DPTO C 2
TONINELLI MARIA GABRIELA	FONOAUDIOLOGIA	47384049		LAS HERAS 2666 VILLA BALLESTER
TRANSPORTE BARBY	TRANSPORTE REMIS	1164678805	woaranda@gmail.com	JUAN DE GARAY 1802 DON TORCUATO
TRANSPORTE RAMIREZ	TRANSPORTE REMIS	1135376064	marioalbertoramirez201@gmail.com	SAN LUIS 3062 SAN MIGUEL
URBANO ROCIO	FONOAUDIOLOGIA	3413496428	urbanorocio1@gmail.com	GODOY CRUZ 1585. ROSARIO
VALDEZ FLORENCIA	PSICOPEDAGOGIA	1138194905	lic.florenciavaldez@gmail.com	J M PENNA 50 LOMAS DE ZAMORA
VAZQUEZ NATALIA	PSICOLOGIA	1165455207		PAVON 3447 DEPTO 2 CABA
VENTICINQUE MARIELA	PSICOPEDAGOGIA	1166045759	mariaaventicinque@gmail.com	AV MAYO 400
ZARAGOZA ROCIO	PSICOPEDAGOGIA	1149391250 47906731		BERMUDEZ 1227 LA LUCILA
ZENIT	MODULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR	45517154	zenitintegracion@hotmail.com	ESCUELA N15 DE 16 EJERCITO DE LOS ANDES CABA