

~INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD PARA EL AÑO 2024

Metodología de presentación para la solicitud de prestaciones para Discapacidad

La documentación podrá ser enviada a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.(legible) al siguiente mail discapacidad@ostig.com.ar; o se puede traer en forma presencial a Boedo 90. De Lunes a Viernes de 9,00 a 17,00 hs.

En el siguiente link encontrara las instituciones categorizadas por la Agencia Nacional de Discapacidad para brindar la prestación.
<https://apps.snr.gob.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.html>

Teléfono de Contacto 4958-0700

DOCUMENTACIÓN PERSONAL (para todos los casos)

- Fotocopia Certificado de discapacidad vigente.
- Planilla de Datos personales (adjunto al mail) Completo por tutores
- Cronograma de Asistencia (adjunto al mail) Completo por tutores

DEL MÉDICO ESPECIALISTA NEUROLOGO O FISIATRA / PSIQUIATRA

(El Medico No puede ser del Centro al que asiste)

- Resumen completo de Historia Clínica. Adjunto Modelo
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad indicando
 - Apellido y Nombre
 - CUIL
 - Diagnostico
 - Periodo "Enero a diciembre 2024".
 - Si necesita dependencia lo tiene que poner en la prescripción

En caso de tratamientos ambulatorios debe especificar cantidad de sesiones semanales de cada especialidad.

En caso de Integración definir si se solicita Maestra de apoyo (Brindada por Profesor de Educación especial o Psicopedagoga) o Apoyo a la Integración Escolar equipo (Brindada por equipos institucionales)

Estos dos documentos deben ser presentados por separado, con FECHA ANTERIOR a la prestación

En caso de solicitud de transporte debe especificar el destino del viaje y si es con Dependencia

En caso de requerir dependencia debe estar solicitada en el pedido médico y la tabla FIM la cual se adjunta al mail e incluir los apoyos específicos que se brindaran

MODULO DE ESTIMULACION TEMPRANA

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.

Para prestaciones Nuevas 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

Plan de trabajo. Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo. Deberá contener fecha de emisión y año al que corresponda la cobertura, nombre y apellido, DNI y edad del socio.

Presupuesto y consentimiento informado.

Confeccionado, firmado y sellado por el equipo interdisciplinario o institución que lo llevara a cabo. Si la prestación es brindada por un equipo interdisciplinario en el interior del país:

Listado de los profesionales intervinientes. Título habilitante.

Título de especialización del profesional en estimulación temprana. Si la prestación es brindada por profesionales particulares:

Fotocopia del título habilitante universitario o terciario de cada profesional.

Fotocopia de la constancia de inscripción de cada profesional en el RNP (Registro Nacional de Prestadores).

Si la prestación es brindada por una institución:

Inscripción de la institución en el Registro Nacional de Prestadores como Centro de Estimulación Temprana.

Constancia de inscripción de cada profesional o institución en AFIP. Seguro y Habilitación

Comprobante de CBU de cada profesional o institución emitido por entidad bancaria, junto al formulario de acreditación en cuenta bancaria.

PRESTACIONES EDUCATIVAS

Según tratamiento indicado en la orden médica

Escuela especial

Orden médica "Prescripción médica - Escolaridad especial" *Debe indicar "Escuela especial".*

Constancia de alumno regular con CUE.

Plan de trabajo. *Firmado por los directivos de la institución o por el representante legal. Debe adjuntar además informe de la escuela que incluya nombre y apellido, DNI y edad del asociado, fecha de emisión y el año correspondiente de la cobertura.*

Presupuesto y consentimiento informado de Institución Categorización de la institución.

Expedido por el Registro Nacional de Prestadores.

Constancia de inscripción a la AFIP (CUIT). Seguro y Habilitación

Comprobante de CBU emitido por entidad bancaria, junto al formulario de acreditación en cuenta bancaria.

Módulo maestra/o de apoyo (Psicopedagogo/a o maestro/a especial)

Orden médica, "Prescripción médica - Integración escolar". *Debe indicar "Módulo de maestra de apoyo".*

Constancia de Alumno Regular con CUE

Plan de Trabajo *Modalidad de concurrencia, domicilio donde se brinda la prestación, nombre y dirección de la escuela, turno de asistencia y grado. Firmado por el profesional.*

Informe Escolar Se deberá presentar un informe escolar y un informe evolutivo en caso de haber realizado la prestación el año anterior, o informe evaluativo en el caso de comenzar, que incluya nombre y apellido, DNI y edad del asociado, fecha de emisión y año correspondiente de cobertura.

Presupuesto y consentimiento informado para módulo de maestro de apoyo. Acta Acuerdo de Maestra de Apoyo

Adaptación Curricular

Podrá presentarse hasta 3 meses después de comenzada la prestación. En caso de que no sea presentada, no se efectuarán los pagos correspondientes o será discontinuada la prestación.

Deberá contener:

Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia)

Domicilio donde se brinda la prestación

Datos de la escuela: nombre, dirección, grado, turno de asistencia

Título habilitante universitario y/o terciario.

Certificado analítico

Registro Nacional de Prestadores.

Constancia de inscripción en AFIP (CUIT).

Comprobante de CBU emitido por entidad bancaria, junto al formulario de acreditación encuesta bancaria.

Módulo de apoyo a la integración escolar

Orden médica, "Prescripción médica - Integración escolar". *Debe indicar "Módulo de apoyo a la integración escolar".*

Constancia de Alumno Regular con CUE

Plan de Trabajo *Firmado por el responsable del equipo. Se deberá presentar un informe escolar y un informe evolutivo en caso de haber realizado la prestación el año anterior, o informe evaluativo en el caso de comenzar, que incluya nombre y apellido, DNI y edad del asociado, fecha de emisión y año correspondiente de cobertura.*

Presupuesto y consentimiento informado para módulo de apoyo a la integración escolar(equipo). Acta de acuerdo de apoyo a la integración escolar Adaptación curricular.

Podrá presentarse hasta 3 meses después de comenzada la prestación. En caso de que no sea presentada, no se efectuarán los pagos correspondientes o será discontinuada la prestación.

Deberá contener:

Modalidad de concurrencia (días, horarios, modalidad de asistencia). Domicilio donde se brinda la prestación.

Datos de la escuela: nombre, dirección, grado, turno de asistencia.

Acreditación de la institución o equipo.

Registro Nacional de Prestadores.

Constancia de inscripción en AFIP (CUIT).

Comprobante de CBU emitido por entidad bancaria, junto al formulario de acreditación en cuenta bancaria.

PRESTACIONES TERAPEUTICAS EDUCATIVAS

Según tratamiento indicado en la orden médica Podrán Ser:

Centro Educativo Terapéutico (CET)

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 cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y 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 máximo desarrollo de auto valimiento e independencia posible en una persona con discapacidad

Orden médica, según formulario “Prescripción médica - Prestaciones terapéuticas /educativas

Prescripta por el mismo médico tratante que realizó el resumen de historia clínica. Detallar fecha de emisión, diagnóstico, prestación, frecuencia, período, nombre y apellido, DNI y edad

Plan de trabajo

Firmado y sellado por el responsable de la institución, que incluya nombre y apellido, DNI y edad del asociado, fecha de emisión y año correspondiente de cobertura. En caso de haber realizado la prestación el año anterior, tendrá que presentar un informe evolutivo ó si es por primera vez informe evaluativo

Presupuesto y consentimiento informado de Institución.

Categorización de la institución Registro Nacional de Prestadores. Constancia de inscripción en AFIP (CUIT)

Comprobante de CBU emitido por entidad bancaria, junto al formulario de acreditación en cuenta bancaria

Todas las prestaciones de rehabilitación deben ser realizadas por fuera del horario del dispositivo de CET o Centro de día.

PRESTACIONES DE REHABILITACION

Este año todas las prestadoras tienen que estar inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Salud

De no figurar en esta página <https://www.sssalud.gob.ar/?cat=prestadores&page=busmed>

NO PODRA BRINDAR LA PRESTACION

Orden médica "Prescripción médica - Prestaciones de rehabilitación". Prescripta por el mismo médico tratante que realizó el resumen de historia clínica. Detallar fecha de emisión, diagnóstico, prestación, frecuencia, período, nombre y apellido, DNI y edad.

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.

Para prestaciones Nuevas 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

Plan de trabajo. *Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo. Deberá contener fecha de emisión y año al que corresponda la cobertura, nombre y apellido, DNI y edad del socio.* En caso de haber realizado la prestación el año anterior, tendrá que presentar un informe evolutivo ó si es por primera vez informe evaluativo.

Presupuesto y consentimiento informado.

Confeccionado, firmado y sellado por el profesional o institución que lo llevará a cabo.

Se adjuntan formularios de consentimiento Fotocopia del título habilitante de cada profesional. *No aplica en caso de instituciones.*

Fotocopia de la constancia de inscripción de cada profesional o institución en el RNP (*Registro Nacional de Prestadores*).

Constancia de inscripción de cada profesional o institución en AFIP Seguro y Habilitación de cada profesional o institución.

Comprobante de CBU de cada profesional o institución emitido por entidad bancaria, junto al formulario de acreditación en cuenta bancaria.

Psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, psicomotricidad, etc.

TRANSPORTE ESPECIAL A TERAPIAS Y/O ESCOLARIDAD

Orden médica "Prescripción médica - Transporte especial a las terapias y/o escolaridad"

Por cada prestación y lugar al que se traslada Presupuesto y consentimiento informado de transporte. Uno por cada lugar al que se traslada.

Habilitación municipal de la empresa de transporte. Fotocopia de la licencia del conductor. Constancia de inscripción en AFIP (CUIT).

Comprobante de CBU (el titular de la cuenta bancaria debe coincidir con el titular de la habilitación) emitido por entidad bancaria, junto al formulario de acreditación en cuenta bancaria.

Imagen del recorrido según Google Maps. Seguro del vehículo.

VTV

Mail:.....

Nº DE CUIT Y/O CUIL (DEL TITULAR).....

NOTA: Para dar curso a la presente solicitud, deberá contar con la totalidad de los datos requeridos completos



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Fecha _____ / _____ / _____

Apellido y nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ DNI: _____

Domicilio: _____
.....
.....

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado: _____

1. Diagnóstico/Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora).

2. Antecedentes significativos de la Historia Clínica.

3. Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del paciente en el último año.

4. Valoración por escala FIM/ Puntaje total (completar ficha).

En Relación a alimentación / vestido / limpieza:

Dependiente

Auto valido

Fecha _____

Firma Medico _____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____ DNI: _____

Diagnóstico: _____

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

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de 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 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.

AUDITORÍA

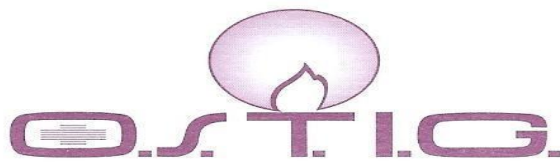
TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total.	
Independiente con adaptaciones.	
DEPENDIENTE	
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.	
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

ÍTEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFÍNTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRASFERENCIA AL BAÑO	
11	TRASFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCIÓN	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACIÓN	
14	COMPRESIÓN	
15	EXPRESIÓN	
	CONEXIÓN	
16	INTERACCIÓN SOCIAL	
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE FIM TOTAL	



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN

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

3. ASEO PERSONAL

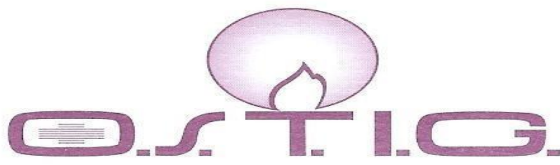
4. Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

5. HIGIENE

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

7. VESTIDO PARTE SUPERIOR

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



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

9. VESTIDO PARTE INFERIOR

10. Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar ortesis y prótesis.

Características de la dependencia.

11. USO DEL BAÑO

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

13. CONTROL DE INTESTINOS

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

15. CONTROL DE VEJIGA

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

17. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS

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

19. TRANSFERENCIA AL BAÑO

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

21. TRANSFERENCIA A LA DUCHAO BAÑERA

22. Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

23. MARCHA/SILLA DE RUEDAS

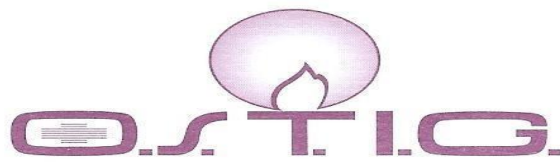
24. Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar
Implica subir y bajar escalones.

25. COMPRENSIÓN

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

27. EXPRESIÓN

28. Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

29. INTERACCIÓN SOCIAL

30. Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el

nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

31. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

32. Implica resolver problemas cotidianos.

33. MEMORIA

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

35. EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

36. Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

Fecha: ____/____/____

Firma y sello de profesionales intervinientes





OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTIMULACION TEMPRANA

Fecha _____

Afiliado (Apellido y nombre completo): __ Tipo y Nº de Documento: (_____) _____

Nombre de la institución: _____

Especialidad/Prestación (Según Mecanismo Integración): _____

Período solicitado: _____ / 20 ____ hasta _____ / 20 ____ Monto
mensual: \$ _____

Prestaciones:

_____ C/sesión _____	_____ nro por Sesión: _____	_____ Tiempo por
_____ C/sesión _____	_____ Sesión: _____	_____ Tiempo por
_____ C/sesión _____	_____ Sesión: _____	_____ Tiempo por
_____ C/sesión _____	_____ Sesión: _____	_____ Tiempo por
_____ C/sesión _____	_____ Sesión: _____	_____ Tiempo por

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____ E-mail: _____

_____ Nº de

C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que corresponde)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Sello del Responsable

Aclaración / DNI _____

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario:

_____ DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS
PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CENTROS
DE REHABILITACIÓN

Fecha _____

Afiliado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y Nº de Documento: () _____

Nombre de la institución: _____

Especialidad/Prestación (Según Mecanismo Integración):

Período solicitado: _____ / 20____ hasta _____ / 20 ____

Monto mensual: \$ _____

Prestaciones:

_____ C/sesión	Tiempo por Sesión: _____
_____ C/sesión	Tiempo por Sesión: _____
_____ C/sesión	Tiempo por Sesión: _____
_____ C/sesión	Tiempo por Sesión: _____
_____ C/sesión	Tiempo por Sesión: _____
_____ C/sesión	
_____ C/sesión	

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____

E-mail: _____

Nº de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que corresponda)

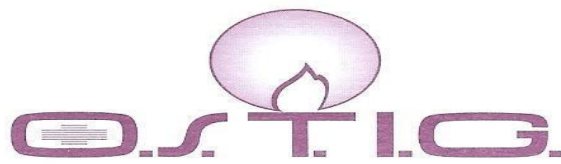
DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Sello del Responsable

Aclaración / DNI _____

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PRESTADORES PARTICULARES DE REHABILITACIÓN

Fecha: _____

Afiliado (Apellido y nombre completo): _____
_____ Tipo y Nº de Documento: (_____)

Nombre del Profesional: _____
Especialidad/Prestación (Según Mecanismo Integración): _____

Cantidad de sesiones: _____ Tiempo por Sesión: _____

Monto por sesión: _____ Monto mensual: \$ _____

Período solicitado: _____ / 20 ____ hasta _____ / 20 ____

Observaciones: _____

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____

E-mail: _____

Nº de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que corresponda)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De A:	De: A:

Firma y Sello del Responsable

Aclaración / DNI _____

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito precedentemente al Beneficiario:

DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Fecha: _____

Afiliado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y Nº de Documento: () _____

Nombre De la Institución: _____

Especialidad/Prestación (Según Mecanismo Integración): _____

Categoría: _____ Tipo de Jornada: _____

Incluye colación y Almuerzo: _____ Dependencia de Terceros: _____

Monto mensual: \$ _____

Período solicitado: _____ / 20__ hasta _____ / 20__

Observaciones: _____

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____

E-mail: _____

Nº de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A. _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario de correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Sello del Responsable _____ Aclaración _____:

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

Precedentemente al Beneficiario: _____

DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR

Fecha: _____

Afiliado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y Nº de Documento: () _____

Nombre De la Institución o Profesional: _____

Especialidad/Prestación (Según Mecanismo Integración): _____

Cantidad de Horas: Mensuales _____ Monto mensual: \$ _____

Período solicitado: _____ / 20 ____ hasta _____ / 20 ____

Observaciones:

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____

E-mail: _____

Nº de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A. _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De A:	De: A:

Firma y Sello del Responsable _____ Aclaración _____:

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

Precedentemente al Beneficiario: _____

DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

**PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MÓDULO MAESTRA/ODE
APOYO**

Fecha: _____

Afiliado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y Nº de Documento: () _____

Nombre Y Apellido del Profesional: _____

Especialidad/Prestación (Según Mecanismo Integración):

Cantidad de Horas Mensuales: _____ Monto mensual: \$ _____

Período solicitado: _____ / 20__ hasta _____ / 20__

Observaciones:

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____

E-mail: _____

Nº de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A.: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que corresponda)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De A:	De: A:

Firma y Sello del Responsable _____ Aclaración _____:

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto

Precedentemente al Beneficiario: _____

DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

**PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA HOGAR**

Fecha _____

Afiliado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y Nº de Documento: () _____

Nombre de la institución: _____

Especialidad/Prestación (Según Mecanismo Integración): _____

Categoría: _____ Tipo de Jornada: _____

Incluye colación y Almuerzo: _____ Dependencia de Terceros: _____

Período solicitado: _____ / 20 ____ hasta _____ / 20 ____

Monto mensual: \$ _____

Observaciones: _____

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____

E-mail: _____

Nº de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que corresponda)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De A:	De: A:

Firma y Sello del Responsable

Aclaración / DNI _____

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al Beneficiario:

DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

PRESUPUESTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSPORTE

Fecha: _____

Afiliado (Apellido y nombre completo): _____

Tipo y Nº de Documento: () _____

Nombre Del Transportista _____

Especialidad/Prestación (Según Mecanismo Integración):

Km Diarios: _____ Km Mensuales: _____

Monto mensual: \$ _____ Monto por Kilometro _____

Solicita dependencia de Terceros _____

Período solicitado: _____ / 20_ hasta _____ / 20

Domicilio de Partida: _____

Domicilio de Destino: _____

Observaciones:

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono/s fijos y Cel.: _____

E-mail: _____

Nº de C.U.I.T.: _____ Condición frente al I.V.A. _ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: (Completar los días y el horario que correspondan)

DÍAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De A:	De: A:

Firma y Sello del Responsable _____ Aclaración _____:

CONSENTIMIENTO

Por la presente deja constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descrito

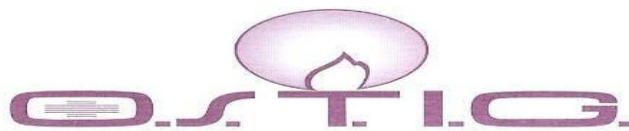
Precedentemente al Beneficiario: _____

DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

FORMULARIO DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA PRESTADOR DE DISCAPACIDAD

DE MI MAYOR COSIDERACION ADJUNTO DATOS SOLICITADOS PARA EL PAGO DE
PRESTACIONES:

DATOS DEL PROFESIONAL

NOMBRE DEL TIT DE LA CUENTA -

CUIT: _____

CBU: _____

TIPO Y NRO DE CUENTA BANCARIA: _____

BANCO SUCURSAL: _____

NRO DE SUCURSAL: -

ALIAS DE CBU _____

MAIL _____

TELEFONO _____

FIRMA Y ACLARACION _

Instructivo de Facturación 2024

- Presentación de las facturas a mes vencido, del 1 al 5 del mes siguiente es un requisito indispensable para evitar demoras en el pago y sus consecuencias.
- La Fecha de emisión de los comprobantes de facturación, deberá ser acorde con el período facturado. En los casos en que la fecha de emisión de los comprobantes difiere en varios meses respecto del período de prestación, se deberá justificar por nota el motivo de tal circunstancia. Y quedara su pago sujeto a la auditoría
- Se enviará por mail a veronica@ostig.com.ar, como se envía al AFIP
 - Con planilla de asistencia respaldatoria firmada por tutor y profesional.
 - Junto con la factura de Junio para que ingrese deberá enviar
 - Junto con la factura de Diciembre para que ingrese deberá enviar

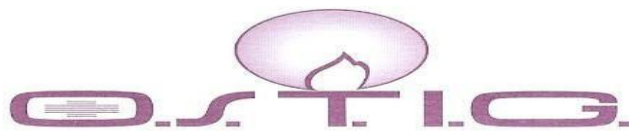
Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada

CONFECCIÓN DE LAS FACTURAS

- En todos los casos las facturas y recibos deberán contener
- Fecha de Emisión, posterior al mes de Prestación
- Estar confeccionada a nombre de OSTIG
- Domicilio Boedo 90. Ciudad Autónoma de Bs As CUIT 30-65813764-2
- Condición IVA Exento

En el concepto se deberá indicar los siguientes datos

- Nombre, Apellido
- DNI del beneficiario
- Período de prestación. –
- Prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.**
- Modalidad, jornada (doble y simple),
- categoría del establecimiento si correspondiere,
- si incluye dependencia
- En el caso de especialidades: cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas. Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas. De corresponder Zona desfavorable especificarlo



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

En el caso de Transporte se deberá detallar:

- Direcciones de partida y destino. –
- Cantidad de viajes por día y mensual.
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje.
- Total de kilómetros del mes.
- Indicar si incluye dependencia.

Documentación requerida para adjuntar a cada una de las facturas

Constancia de asistencia a la Institución y/o planilla de asistencia de las diferentes terapias y/o constancia de alumno regular

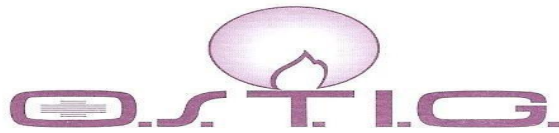
Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada

Recibo X

Recibo X de la factura Anterior. Si es Factura B

Si no se envía el recibo puede ser motivo de NO cobrar la próxima factura

- Recibos como comprobante de cancelación de deuda: El Agente del Seguro de Salud, deberá conservar la documentación específica que refleje fehacientemente la cancelación de las Facturas desde la cuenta bancaria DISCAPACIDAD:
- Recibo emitido por el prestador, dirigido al Agente de Salud y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos: - Fecha.
- Número completo de factura que cancela. Mes de Prestación
- Los recibos globales deberán contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia. - Total del recibo. Se debe verificar que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Firma y aclaración del prestador o su representante.



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

PLANILLA DE ASISTENCIA

Apellido y Nombre (paciente) _____

N de CUIL _____

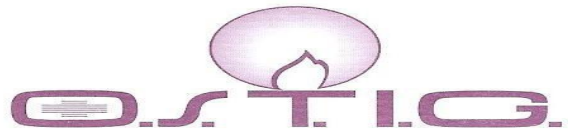
Tipo de tratamiento _____

Profesional a cargo _____

Mes _____

Año _____

Día	Horario de prestación	Firma del Padre Socio o Tutor	Aclaración	Observación
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Listado de prestaciones básicas de discapacidad año 2024

Rehabilitacion Ambulatoria

CABA

Sea Servicios Educativos Asistenciales SRL

Somellera 5922

33-71031230-9 5263-9309

seainter6@gmail.com

Monte Grande

Centro Redes

Rivadavia 424

30-71083364-4 4284-2729/1986

centro_redes@yahoo.com.ar

Sarandi

INSTITUTO DEL NIÑO S.R.L

Independencia 144

30-70774405-3 4265-4313/4106

vanesahernandez@ideni.com.ar

Quilmes

CER (centro de rehabilitacion)

25 de mayo 716

30-71015181-0 4254-7159

centrocer@hotmail.com

Escobar

Moebius- Centro de Rehabilitación

Rivadavia 878

27-23567609-0 1530727244/
0348-4420951

gestionpacientesm@gmail.com

La Lucila

Centro Psicoterapeutico Buenos Aires (CPBA)

Av. Maipu 4133

30-71204014-5 (15) 6957-4401

cpbasm@gmail.com

Cordoba

Dragua Sociedad por Acciones Simplificadas

Rodriguez Peña 2523

30-71651197-5 (0351) 15 358-1401

farfalinacba@yahoo.com.ar

Centro de Rahabilitacion Medico Privado
SRL

Alberdi 1032

30-71103577-6 0358 4630367 /

cermedsrl@gmail.com

Centro Medico NEUROS

Av. Colon 4405 B° Las
Palmas

30-71390430-5 (0351) 5988315/16

administracion@centroneuros.com.ar

CENEIN

Cleveland 5372

27-27959112-2 (0351) 15 306-6237

info@cenein.com

Centro AMUN de Beechero Betiana

Paso de los Andes 225

27-27444331-1 (0351) 15 216- 0995

[bbechero@centrouamun.com.ar](mailto:bbecchero@centrouamun.com.ar)

CMR Ctro Rehabilitacion Mediterraneo SRL

Av 24 de Septiembre
1566

30-71191702-7 (0351) 15 272-0052

cereme.informes@gmail.com

Ctro Privado de Rehab Integral INSERIR

Cormello 2173. B
Empalme

27-16083913-4 0351-4574515 /
0351-4569302

gracielarojo62@gmail.com

GOSPA (Centro privado de rehabilitacion
neurologica)

Felix Olmedo 2153

20-17787066-9 (0351) 469-0569

mfnegrete@gmail.com

INSERIR (Centro de rehabilitacion integral)

Carnerillo 2173

27-16083913-4 (0351) 456-9302

gracielarojo62@hotmail.com

San Camilo de Lellis SRL.

Av. Pablo Richieri 3182

30-70808798-6 0351- 464 7297

sancamilodelellis@gmail.com

Hospital de Dia

Internacion

Estimulacion Temprana

CABA

Sea Servicios Educativos Asistenciales SRL

Somellera 5922

33-71031230-9 5263-9309

seainter6@gmail.com

Cordoba

Centro de Rahabilitacion Medico Privado SRL

Alberdi 1032

30-71103577-6 0358 4630367 /

cermedsrl@gmail.com

Centro Medico NEUROS

Av. Colon 4405 B° Las Palmas

30-71390430-5 (0351) 5988315/16

administracion@centroneuros.com.ar

Dragua Sociedad por Acciones Simplificadas

Rodriguez Peña 2523

30-71651197-5 (0351) 15 358-1401

farfalinacba@yahoo.com.ar

La Lucila

Centro Psicoterapeutico Buenos Aires (CPBA)

Av. Maipu 4133

30-71204014-5 1569574401

cpbasm@gmail.com

Monte Grande

Centro Redes

Rivadavia 424

30-71083364-4 4284-2729/1986

centro_redes@yahoo.com.ar

Quilmes

CER (centro de rehabilitacion)

25 de mayo 716

30-71015181-0 4254-7159

centrocer@hotmail.com

Sarandi

INSTITUTO DEL NIÑO S.R.L

Independencia 144

30-70774405-3 4265-4313/4106

vanesahernandez@ideni.com.ar

Centro de Dia

CABA

Fundación Caminos

Teodoro Garcia 3545

30-69054624-4 4551-2141/4554-9285

secretariafcaminos@gmail.com

San Martin

TACYP Taller de Capac. y Prod. de Gral. San Mart

Caseros 2564

30-65945685-7

centrodediatacyp@yahoo.com.ar

Salta

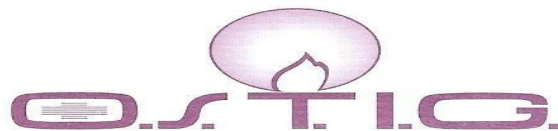
Arbol de la Vida

Leguizamon 1286

27-17289259-6 0387 421-5356

arboldelavida1286@gmail.com

Santa Fe



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Granja Soles

Juan Jose Paso 1496 30-71070673-1 (03402) 497-197

administracion@granjasoles.com.ar

Centro Educativo Terapeutico

Buenos Aires

Per se SA

Nicaragua 145 30-71574640-0 1568904244/1540641913

perseterapeutico@gmail.com

Florencio Varela

Logros CET (Centro Educativo Terapeutico)

Alberdi 2460 30-71042554-6 4237-1528// 4287-6249

centrologros@gmail.com

Isidro Casanova

Coop San Martin de Porres

Estocolmo 2446 30-66242631-4 2821-2500

pmyriam@porres.edu.ar

Entre Rios

Ctro Ed Terapeutico El Solar Colon

Paysandu 267 Colon 30-71067402-3 03447-421994

administracion@elsolarcolon.com.ar

Prestaciones Educativas

Monte Grande

EPEN

Reta 762 27-04209424-8 4290-0023 4367-5705

escuelaepen@hotmail.com

Castelar

Macoguca -Solpiva SRL

Anatole France 2646 30-709519 154483511187-1

escuelaespecialewinnicott@gmail.com

Cordoba

APADIM

Av Velez sarsfield 5000 30-519845 (0351) 494-222088-8

apadim@apadim.org.ar

I Divina Providencia D a la ed delniño franterizo

Gob. Jose E bustos 873 30-67868809-2 0351-482-1017

institutodivinaProvidencia@hotmail.com

Instituto Privado Nuestra Señora de Itatí Olegario

Amalia Figueredo de Pietra 1615 30-51839215-4 (0351) 499-0910

ispova.edu.especial@gmail.com

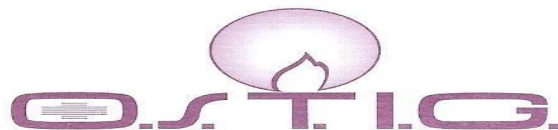
Servicio de Apoyo a la Integracion Escolar

CABA

Sea Servicios Educativos Asistenciales SRL
Centro de Integracion Escolar Peldaños de Belen Meja
Ctro Crianza Positiva

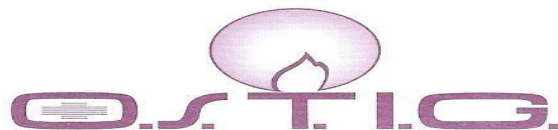
Somellera 5922 33-71031230-9 5263-9309
Pacheco de melo 2734 3 23-29987161-4 1133620921
"303"
Directorio 1846 8C 30-716266

seainter6@gmail.com
centropeldaños@gmail.com
celestecampano@hotmail.com



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Dame tu Mano	Av corrientes 980 dpto 9°A	90-3 27-20025247-6	4326-1971	com dametumano@yahoo.com.ar
Equipo ADIP Foschi Elizabeth Andalaican	Av.Cordoba 950 Piso 11 Roseti 297	30-71173192-6 27-21441731-1	1564245139 4554-6599	r info@equipoadip.com.ar administracion@andalican.com.ar administracion@centroyoqui.com
Yo Quiero S.R.L	Gregoria Perez 3559	30-71549089-3	1132410712	centro_redes@yahoo.com.ar
Monte Grande				
Centro Redes	Rivadavia 424	30-71083364-4	4284-2729/1986	centro_redes@yahoo.com.ar
Sarandi				
INSTITUTO DEL NIÑO S.R.L	Independencia 144	30-70774405-3	4265-4313/4106	vanesahernandez@ideni.com.ar
Quilmes				
CER (centro de rehabilitacion)	25 de mayo 716	30-71015181-0	4254-7159	centrocer@hotmail.com
Escobar				
Moebius- Centro de Rehabilitación	Rivadavia 878	27-23567609-0	1530727244/ 0348-4420951	gestionpacientes@gmail.com
Cordoba				
CENEIN	Cleveland 5372	27-27959112-2	(0351) 15 306-6237	info@cenein.com
Centro AMUN de Beechero Betiana	Paso de los Andes 225	27-27444331-1	(0351) 15 216- 0995	bbechero@centrouamun.com.ar
CMR Ctro Rehabilitacion Mediterraneo SRL	Av 24 de Septiembre 1566	30-71191702-7	(0351) 15 272-0052	cereme.informes@gmail.com
Ctro Privado de Rehab Integral INSERIR	Cormello 2173. B Empalme	27-16083913-4	0351-4574515 / 0351-4569302	gracielarojo62@gmail.com
GOSPA (Centro privado de rehabilitacion neurologica)	Felix Olmedo 2153	20-17787066-9	(0351) 469-0569	mfnegrete@gmail.com
INSERIR (Centro de rehabilitacion integral)	Carnerillo 2173	27-16083913-4	(0351) 456-9302	gracielarojo62@hotmail.com
Farfalina (Lic Maria virginia Els -- Directora)	Rodriguez Peña 2523	27-29966069-4	(0351) 15 358-1401	farfalinacba@yahoo.com.ar
San Camilo de Lellis SRL.	Av. Pablo Richieri 3182	30-70808798-6	0351- 464 7297	sancamilodelellis@gmail.com
CADIN SRL	Tristan Malbran 3906 PB	30-71528518-1	0351-6788491	centrocadin@gmail.com
CIEP M CASTRO, R MEZZAVILLA , P NAVALON	Paraguay 818	33-711557 39-9	(0351) 421-5313	centrociep@hotmail.com
CAI (Veronica Marun)	Gral. Paz 370	27-204864 19-0	(03571) 430-956	caiprivado@yahoo.com.ar
San Miguel				
Aguirre Milagros y More Leonardo SH	Avellaneda 505	30-71137207-1	3988-7370	
Quilmes				
Atañer	Conesa 271	20-32850711-1	4253-2451	grupoataner@outlook.com



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Mendoza

CEDDEC Tte. 1 Ibañez 43 33-70908123-9 (0261)424-4472 instituceddec@yahoo.com.ar

Buenos Aires

Centro de Integracion y Desarrollo Rivadavia 727 30-65004166-2 cid5647@yahoo.com.ar
Nuevos Horizontes Echeverrianos Reconquista 1239 30712227717 4296-4210 info@institutonhe.com

Wilde

Escuela I.I.W.E.N. M. Moreno 6158 27-04455837-3 4207-5268 aschiero@hotmail.com

Ciudad de Salta

Estrada, Gimena del Carmen av. Reyes Catolicos 1580 27-37636610-9 (0387) 156042376 estrada.gce@gmail.com

Bella Vista

Fundacion Ser Lebenshon 1021 30-67887495-3 4668-3402 administracion@fundacionser.edu.ar

Bahia Blanca

Oral del Sur Gaston Casanova DGA, Darregueira 45 20-32586610-2 0291-4528837 gastoncasanovacolegiodelsolar.com.ar

Avellaneda

Redat srl Yapeyu 724 30-71282420-0 48621593 info@redat.com.ar

Glew

Redondel SRL ulián Álvarez 292 30-60416807-0 4243-0831 escuelaredondel@gmail.com

Maestra de Apoyo

CABA

Benedetti Roxana Colegio N 12 27-23805412-0 114401-1579 unomas.integracion@gmail.com

Ciceri Alejandra Beatriz Av. Lope de Vega 1842 27-22591669-7 (15) 6159 - 0992 alejaci@yahoo.com.ar

Sanchez Marina Irigoyen 2150 27-35131589-5 (15) 5511-6317 marinagabrielasanchez@gmail.com

Sole Sabrina L Colegio N 12 27-32528683-6 114401-1579 unomas.integracion@gmail.com

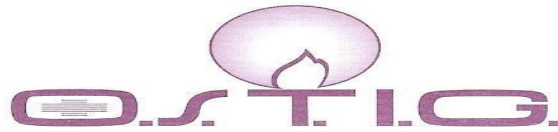
Mendoza

Barroso Lorena 9 De Julio 1729 P 2 Dto 6 27-26423665-2 0261-4182925 lorenadbarroso@gmail.com

Cordoba

Ferreyra Micaela Gramme 5322 27-33700469-0 0351-153527151 micaela814@hotmail.com
Godoy Elizabeth Alejandra Del Valle Luis Agote 1960 Dto1 27-23503074-3 0351 157621379 elialegodoy2004@yahoo.com.ar

Rodriguez Claudia Beatriz Av. Armada Argentina 287 27-17158946-6 (0351) 15 716-2946 rodriguezclaupsp@yahoo.es



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Velozo Sofia Beatriz del Valle
Veronica Andrea Torres

Cangallo 1888 27-39070300-2 0351 156797008
El Hornero 40 B 27-22222548-0 (0351)15 664-9617

sofiavelozo4@gmail.com
veroantorres@hotmail.com

Zanoni Yanina Vanessa
Savid Yanina Soledad

La Rioja 2115 27-32739885-2 (0351)15 672-2131
Juan del Risco y Alvarado 3715 27-29609235-0 0351 152463190

vani_zanoni@hotmail.com
savidyanina13@gmail.com

Castro Maria Cecilia

Querandies 127 27-32426851-6 0351-3163536

darioayma@hotmail.com

Neuquen

Choque Quiroga eduardo

Libertad 415 20-30009827-5

signsleo29@gmail.com

Rosario del Tala Entre Rios

Legoff Cristela Edith

Boulevard Moreno 218 27-30991891-1 03445 15400722

cristela310784@hotmail.com

Santiago del Estero

Velazquez Rita Andrea

Colegio mutualista Shishhila 27-25501668-2 (0385)-155379112

ritavelazquez02@gmail.com

Formación Laboral

Muñiz

Buscando el Sol

Rosetti 775 27-17331269-0 4664-6065//4667-3012

buscandoelsol2012@hotmail.com

Prestaciones de Apoyo

Fonoaudiología

CABA

Alemany Roberta
Caldeiro Ana Ines

Jorge Newbery 1660 27309461075 2235111660
Av Corrientes 3125 27-23472723-6 4551-2372/1551411133

r.alemany@outlook.com
anainescaldeiro@gmail.com

Fernandez Mariz Eugenia

Av Rivadavia 14340 27-18377660-1

unomas.integracion@gmail.com

Granjeda Estela

Tonelero 6280 27-30602356-5 1557090149

estelagrajeda@hotmail.com

Rey Jimena fernanda

Manuel Rodriguez 1730 27-31539758-3 45832741/1530538001

jrey_04@yahoo.com.ar

Togneri Horacio

Arregui 3766 20-16739738-8 4567-5061// (15) 4537-7534

horaciofono@gmail.com

Mar del Plata

Alliney Priscila

Jujuy 1364 27-29043629-5 0223-155193564

priscila_alliney@hotmail.com

Chervo Maria Micaela
Valdez Yesica

Rawson 2754 27-38251833-6 (0223) 15 6236989
9 de Julio 3549 27-30720504-7 0223-155509912

mica_cher@hotmail.com
yesicavaldez@hotmail.com



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Cordoba

Ambort Nadia	Crisol 43 dpto 3D	27-34649917-1		nadiambort_07@hotmail.com
Barrera Mariana Soledad	J Batlle Planas 2152	27-29712298-9	(0351) 152572821	barrerasoledad@hotmail.com
Brarda Roxana Josefa	Sarmiento 772	27-20224994-4	03543-455497/ 15634085	roxbra10@yahoo.com.ar
De Grenalfe Susana Beatriz	Isla Verde 1855	23-22776374-4	(0351) 15 233-3533	susanadegrenalfe@hotmail.com
Tagliabue Julia	Ituzaingo 612	27-28675508-4	(0351) 15 235-7467	tagliabuejulia@gmail.com
Paez Silvia Elizabeth	Av. San Martin 5254	27-21392997-1	(03543) 15 536-089	silviapaez90@hotmail.com
Usqueda Claudia Daniela	Neuquén 595 esq. Mendoza	27-20787681-5	0351 3845626	framaiupa@hotmail.com

Neuquen

Andiarena Jaquelin Elizabet	Entre Rios 354	27-37086083-7	02954-15394429	fga.jaquelineandiarena@gmail.com
-----------------------------	----------------	---------------	----------------	--

Ramos Mejia

Bonfigli Karina	Avellaneda 798	27-18223745-6	1538990369	espacioinfanto@gmail.com
La Plata				
Borrajo Maria Agustina	Calle 50 N 1325	27-36778154-3	(0221) 15594-5474	agusborrajo@gmail.com
Grisenti Natalia	Calle 37 N°372	27-24981709-7	(0221) 15 522-6448	nataliagrisenti@gmail.com

Catrilo La Pampa

Berra Carolina Isabel	R.S.Peña 429	27-25146388-9	295415397766	carolinaberra@gmail.com
-----------------------	--------------	---------------	--------------	--

Berazategui

Colmegna Paula Mariana	Calle 15 5063	27-26837440-5	1130222721	colmegnam@gmail.com
------------------------	---------------	---------------	------------	--

Buenos Aires

Pavon Constanza	Calle 11 N°663	27-28282882-6	(15) 3108-2189	constanzapavon@yahoo.com
-----------------	----------------	---------------	----------------	--

Entre Rios

Gaitan Alejandra	Ramirez 271	27-32650528-0	03435 15497935	alejandragaitan04@gmail.com
------------------	-------------	---------------	----------------	--

Berazategui

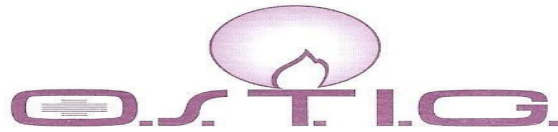
Goland Gisella V.	Calle 149 N° 1207	27207961340	(0221)(15) 630-4003	unlugar@outlook.com
-------------------	-------------------	-------------	---------------------	--

A. Korn

Diaz Maria Celeste	Carola Lorenzini 390	27-35052322-2	(011) 15 5942-3253	mceles.diaz@gmail.com
--------------------	----------------------	---------------	--------------------	--

Don Torcuato

Quaroni Maria Fernanda	Reybaud 1448	27-14571661-1	(15) 6557-5908 //	ferchuquaroni@hotmail.com
------------------------	--------------	---------------	-------------------	--



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

4741-8205

[om](#)

Mar del Plata

Martinez Maria Andrea

Rawson 2754 02-71759376-4 2235826705

mariandremartinez65@hotmail.com

San Miguel

Mendoza Cuello Sandra Marcela

Avellaneda 505 27-95408799-4 1562009169

sandracuello89@gmail.com

Guernica

Minardo Florencia Magali

Scalabrini Ortiz 256 27-34587633-8 1158768592

minardoflorencia7@gmail.com

Salta

Barros Monica

Necochea 376 27-26696859-6 (0387) 15 549-2796

mcba34@hotmail.com

Mora Cruz Maria Eugenia

Caseros 1279 27-18469664-4 (0387) 155017876

marumoracruz@gmail.com

Bahía Blanca

Simonelli Alicia

La madrid 396 27-11794633-4 2915064518

simonellialicia@gmail.com

Neurolinguística

Neuquén

Sagaseta Eugenia

Mendoza 718 23-31613931-4 0299 -4427514

saga_euge@hotmail.com

Kinesiología

Caba

Gelosi Luciana Gabriela

Cordoba 966 2º F - 2do Cuerpo 27-33191889-5 (03489) 15 54-8813

lic.lggelosi@hotmail.com

Sixto Vilma Marcela

Laprida 1181, 27-20237984-8 4963-5540/1536109355

vilmasixto@yahoo.com.ar

Lanús

Zamar Viviana Belkis

Hipolito Yrigoyen 3876 27-20451254-5 (15) 6378-9197

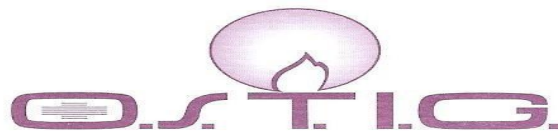
belkisviv@yahoo.com.ar

Ezpeleta

Núñez Nadia

Panama 2899 27-31080359-1 156405859

nadian_pq@hotmail.com



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

2

Entre Rios

Braun Moira

Monza y Gorgonzola 27-26596167-9 03456-423 15461400
441

moira_braun@hotmail.com

Canovas Julieta

Galarza 971 27-27337949-0 03442-15401650

juja189@hotmail.com

Bahía Blanca

Pye Marianella

Estados Unidos 65 27-35382279-4 0291 155107149

marianellapye@gmail.com

Salta

Tolaba Medina Marlene Vanina

Caseros 1279 27-33696510-7

marlene_mtm@hotmail.com

Neurokinesiología

Salta

Lipnik Marta Dolores

Necochea 376 27-14304243-5 (0387) 15 584-3074

mdlipnik@gmail.com

Kinesio Acuática

La Plata

Cabrera Sabrina Natatorio Bambu

Calle 140 N° 1121 27-27384514-9

Lanus Este

San Lazaro

Salta 1253 30-70968481-3 4240-0292

infosanlazar@yahoo.com.ar

Psicología

CABA

Blanco Juan Alberto

Av Rivadavia 14340 20-29584734-5 1140880230

unomas.integracion@gmail.com

Borghgi Julieta

Av Rivadavia 14340 27-29517573-2 114435-2453

licjulietaborghi@hotmail.com

Cancino Claudia Veronica

Jose Leon Suarez 27-24293526-3 1158640005
1300

claudiacancino35@gmail.com

Caviglia Fernanda

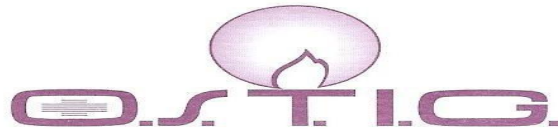
DIRECTORIO 1846 2 27-38795501-7 1566410411
C

cavigliafernanda@gmail.com

Nosedá Jessica

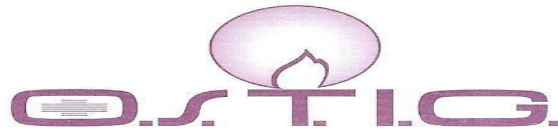
Manuel Rodriguez 1730 27-29250576-6 45832741/1541951105

jessica.nosedá@hotmail.com



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

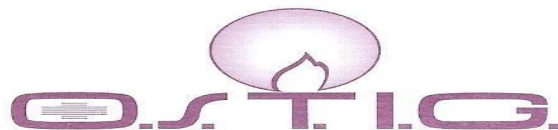
Rodriguez Paula	Fonrouge 7	27-23229934-2	4641-0349 //	paula_v_rodriguez@hotmail.com
Roganovich Cielo	San Luis 2428, 8vo piso	27-29977427-4	1541944055	mariasky275@hotmail.com
Quilmes				
Mancini Alejandra Iris	Ortiz de Ocampo 600	27-29319923-5	5941- 8292 // (15) 5494-8420	alejandra_mancini@hotmail.com
Lanus				
Salvatore Alejandra	Hipolito Yrigoyen 3876	27-29258845-9	(15)3673-6688	alejandra.salvatore@gmail.com
Villa Sarmiento				
Andreo Gabriela	Gral. Gelly y Obes 556	27-37118538-6	1161499550	gabriela_andreo@hotmail.com
Ezeiza				
Azzini Carolina Rocio	Paraguay 188	27-35830557-7	1567676644	carolina.azzini@hotmail.com
Cordoba				
Cannizzaro Macarena	T Malbran 3908	23-38491557-4	3516788491	centrocadin@gmail.com
Faga Georgina	Gral. Paz 370	27-32389998-9	(03571) 15 682174	geor_f@hotmail.com
Gonzalez Gabriela M	San martin 5254	27-20930660-9	(03543)15 558-139	gabi_ele@hotmail.com
Lopez Gabriela Alejandra	Luis Broglie 7606	27-33701112-3	0351- 157509811	gabylopez1205@hotmail.com
Miño Natalia Anabel	Sarmiento 772	27-25336384-9	0351-5559838	natalia.mino@hotmail.com
Petrini Lorena Patricia	Neuquén 595 esq. Mendoza	27-30473467-7	0351 156319525	lore_petrini@hotmail.com
Scarponi Maria Victoria	Ituzaingo 612	27-33656606-7	(0351) 15 538-8648	vickyscarpo@hotmail.com
A. Korn				
Cores Daiana Mailin	Carola Lorenzini 390	27-36754226-3	1139240641	maay-@hotmail.com
San Justo				
Cornejo Maria Eugenia	Almafuerte 2529	27-35722440-9	1538990369	espacioinfanto@gmail.com
San Miguel				
Covito Jimena Alejandra	Avellaneda 505	27-29571998-8	1541644311	licijimenacovito@gmail.com
Serravalle Maria Paz	Av. Ricardo Balbín 963 – 6to 2	23-36003680-4	(15) 7367- 6597	pazserravalle@gmail.com
Santiago del Estero				



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Dursi Mollica Ramiro	Av. Belgrano Sur N°2480	20-35476231-6	0385- 4283722	ramiro.dursi@hotmail.com
Mar del Plata				
Elias Yamila	Rawson 2754	27-32993422-0	0223 155111342	yamilaelias34@gmail.com
Fortuna Romina	Brawn 3102	27-25748273-7	0223 4261135	fortunaromina@hotmail.com
Mendoza				
Forquera Paula Nerina	Ecuador 615	27-36137631-0	0261-155391829	p.forquera@hotmail.com
Guernica				
Grau Carolina	Scalabrini Ortiz 256	27-25263004-5	11-66453922	caritopgrau@hotmail.com
Buenos Aires				
Herrera Yesica Soledad	Calle 11 N°663	27-32710927-3	(02224) 478-058	lic.yesicaherrera@gmail.com
Berazategui				
Garcia Maria Jimena	Calle 149 N° 1207	27-26475142-5	(15)3568-4310// 5433-9661	unlugar@outlook.com
Bahia Blanca				
Marquestaut Virginia Laura	La Madrid 588	27-26794515-8	0291-154411111	marquestaut@hotmail.com
Molla Mariana Karina	Palau 79	23-30823010-4	0291-156448746	mariana.molla@yahoo.com.ar
Neuquen				
Molina Florencia	Rivadavia 86 P 1 Dto 8	27-28361503-6		florenmolina38@gmail.com
Springer Delfina	Mendoza 718	27-36754693-5	(011) 15 3660 7332	deelspringer@hotmail.com
La Plata				
Reyes Ludmila	Calle 50 N 1325	27-30422781-3		reyesludmila@hotmail.com
Salvador ayelen	Calle 8 N 420	27-24641566-3	0221-155342703	ayelensalvador@hotmail.com
Banfiel				
Shinzato Maria Lucia	H Yrigoyen 8071	27-27584589-8	1561928727/4242-2668	profesionalesfdl@gmail.com
Adrogué				
Vargas Nerea Cecilia	Av. San Martin 1488	27-31265319-8	15-3183-3756	nereavargas@gmail.com
Monte Grande				
Venturini Lucia	Dr A Rotto 372	27-32144747-9	1555119030	venturinilucia@gmail.com

Psicopedagogia



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

CABA

Belimlinsky Leticia Fernanda	Manuel Rodriguez 1730	27-28909303-6	45832741/1563015837	lembel@hotmail.com
Dominguez Sabrina	DIRECTORIO 1846 2 C	27-32594470-1	1533212495	sabrinadominguez27@hotmail.com
Gudiño Noelia	Guardia Vieja 3919CABA	27-31580838-9	(15) 6686-1373	psp.noelia.gudino@hotmail.com
Julianelli Erica	Av Rivadavia 14340	27-29575205-5	114401-1579	unomas.integracion@gmail.com
Lawler Glenda	Teodoro Garcia 2536 9 D	23-37017643-4	02324 15464748	glendalawler@gmail.com
Velazquez Agustina	Gascon 970	27-38389462-5	3446-674459	agus.velazquez12@gmail.com

San Miguel

Achingo Maria Rosa	Rodrigo De Triana 3715	27-24796969-7	1559589728	mariaross15@hotmail.com
Vieta Maria Juliana	Av. Ricardo Balbin 963	27-33561258-8	(15)3514-9876	julianavieta@gmail.com

Adrogué

Costa, Micaela	Av. San Martin 1488	29-37378704-9	011-4969-2348	costa_micaela@hotmail.com
----------------	---------------------	---------------	---------------	--

Buenos Aires

Esteves Viviana M	Santa Marina 587 P1 Dto B	27-14782121-8		vestevesm@gmail.com
Giuso Gisela Laura	Calle 11 N°663	27-28054453-7	(02224) 478-058/1549482610	giusogisel@gmail.com

El Jaguel

Forciniti Natalia Elizabeth	Rubens 2589	27-36084719-0	1168133954	natiforciniti@gmail.com
-----------------------------	-------------	---------------	------------	--

Guernica

Pappolla Mariana Lujan	Scalabrini Ortiz 256	27-23090515-6	(2224) 53-1625	mpappopsp@gmail.com
------------------------	----------------------	---------------	----------------	--

Banfiel

Vallejos Yamila Soledad	H Yrigoyen 8071	27-37612500-4	4242-2668// 11-6192-8727	profesionalesfdl@gmail.com
-------------------------	-----------------	---------------	--------------------------	--

Berazategui

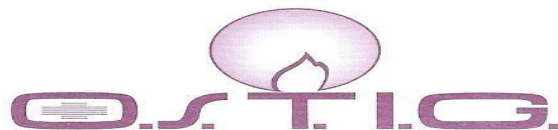
Huezo Castro Yamila Alina	Calle 149 N° 1207	27-31597179-4	(15)5928-7501 // 5433-9661	unlugar@outlook.com
---------------------------	-------------------	---------------	----------------------------	--

Quilmes

Sanabria Yamila Soledad	Ortiz de ocampo 600	27-28131480-2	116 174 4264	yssanabria@gmail.com
Maini Rocio	Ortiz de Ocampo 600	27-40144222-2	1168813667	rocimaini@gmail.com

Muñiz

Poitevin Mariana	San Jose 288	27-25715392-1	(15) 6748-0397	marianoitevin@hotmail.com
------------------	--------------	---------------	----------------	--



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

La Plata

Ghiringihelli Antonella

Calle 50 N 1325 27-35073588-2 (0221) 661-7915 antonellaghi.27@gmail.com

Mar del Plata

Abate S Celeste

Cordoba 2767 27-33334013-0 0223 495-6782 celestina_abate@live.com.ar

Bonetto Maria Sol

Moreno 3582 - 27-38283289-8 0223 5052789 pspmariasolbonetto@gmail.com

Noguera Romina Soledad

9 de Julio 3549 27-33102204-2 0223-155-500357 rominasoledadnoguera@gmail.com

Paniagua Natalia Noemi

Rawson 2754 27-24333867-6 154477232 paniaguanatalia@hotmail.com

Entre Rios

Benitez Micaela Belen

9 de Julio 3240 Con 1 27-37975511-4 03456 15520625 benitezbmicaela@hotmail.com

Neuquen

Bridarolli Monica Analia

Sargento Cabral 136 27-21545693-0 2994112645 monicavidarolli@gmail.com

Galvez Andrea A

Mendoza 718 27-27968033-8 0260-154203198/ 0299-4427514 andreg28_8@yahoo.com.ar

Guarini Sanchez Luciana Gisela

Entre Rios 354 27-38038282-8 0299-4711252 lu.guarini@hotmail.com

Mendoza

Masip Maria Belen

Paso de los Andes 2362 27-34676818-0 (0261) 423-4278 / (0261) 304-9873 ma.belenmasip@gmail.com

Bahia Blanca

Mielgo Vanina Gisela

Roca 195 27-25215623-8 (0291)4222922 vaninamielgo@hotmail.com

Rappa Micaela

Bangorria 1624 27-37555079-8 2916462268 micaelavalle.20@gmail.com

Cordoba

Moreno Julieta

Los algarrobos 6464 27-36239285-9 0351-157036105 Juli.0280@hotmail.com

Racca Monica Ivana

Sarmiento 772 27-22161130-1 mracca1@hotmail.com

Veronica Andrea Torres

El Hornero 40 B 27-22222548-0 (0351)15 664-9617 veroantorres@yahoo.com.ar

Marum Veronica

Gral. Paz 370 27-20486419-0 (03571) 430-956 ciaprivado@yahoo.com.ar

Entre Rios

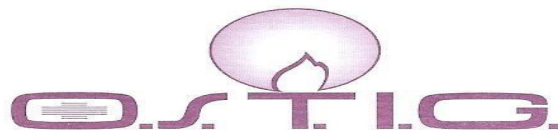
Luqui Maria Agustina

Peron 86 27-28796782-4 03445 15442147 pspmaluqui@gmail.com

Salta

Roldan, Maria Alejandra

Caseros 1279 27-22455402-3 0387-155239862 m.alejandraroldan@gmail.com



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Psicoterapia familiar

San Miguel

Cejas Florencia Lucia

Av. Ricardo Balbín 27-37669867-)15-3093-1904
963 – 6to 2 5

florencia.cejas@live.com.ar

Musicoterapia

Neuquen

Moscovich Joana

Mendoza 718 27-26324729-4

joana_moscovich@yahoo.com.ar

Psicomotricidad

Neuquen

Garrido Andrea Mariana

Mendoza 718 27-31086442-6 0299 -4427514

cenivaneurologiainfantil@gmail.com

cordoba

Albrecht Patricia

Medici Daniela Virginia

Morales Melina Gabriela

J Batlle Planas 2152 27-14727168-4 (03543) 608190
Luis Galvani 533 27-33178053-2

Neuquén 595 esq. 27-31413059-1 (0358) 154905541
Mendoza

palble@hotmail.com
elburrito30@hotmail.com
moralessmelina@gmail.com

Terapia Ocupacional

CABA

Blasco Virginia

Av. Hipólito Irigoyen 27-37009352-6 2227487609
3838

virginiablasco@gmail.com

Berazategui

Freiria Alejandra

Calle 149 N° 1207 27-32098575-2 (15) 6288-8776

freiriaalejandra@gmail.com

San Miguel

Bataglia Maria Soledad

Entre Rios

Borghesan Maria Alejandra

Avellaneda 505 27-25561551-9 1565955810

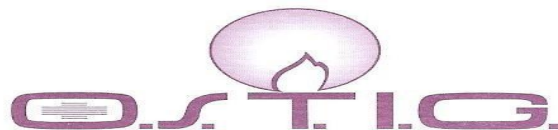
Monza yGorgonzola 27-31569542-8 03456 15438931

alejandraborghesan@gmail.com



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Quilmes				ail.com
Cechini Julieta	Sarmiento 480	27-30426122-1	1536849444	julicecchini@hotmail.com
Buenos Aires				
Pardo Karina	Calle 11 N°663	27-22458303-1	(15) 5463-9519	karinapardo@live.com
Ruiz Micaela Natalia	Florida 2012	27-38445149-2	1167438933	micaelanatalia.r@gmail.com
Mazza Cecilia	Av. San Martin 1488	27-31309836-8	(15) 4093-2715	mazzaceci@gmail.com
Rio Negro				
Cieri Pilar	Alcorta 147	27-25835207-9		pilarcieri@gmail.com
Mar del Plata				
Di Gregorio Lucila	Brawn 3102	27-32441201-3	0223-155790034	lulidigre@hotmail.com
Beecher Nora E.	Rawson 2754	27-14098064-7	(0223) 15 541-4082	norabeecher@hotmail.com
Tamborena Martin F	Olavarria 3172 P 3 Dto 6	23-22445055-9	2236825249	martinftamborenea@hotmail.com
Lanfranchi Marisol	9 de Julio 3549	27-24854203-4	0223-155-399300	lanfranchimarisol@hotmail.com
Bahia Blanca				
Frache Shirley	Estados Unidos 65	27-22215759-0	0201 154362811	sirleyaf@hotmail.com
Don Torcuato				
Solis Maria Itati	Urquiza 1580	27-29097683-4	(15) 3238-6070	adm2016abba@gmail.com
Lanus				
Romeo Maria Lorena	Hipolito Yrigoyen 3876	23-23091029-4	(15) 4415-2752	lorenaromeo@gmail.com
La Plata				
Marino Martina	Calle 50 N 1325	27-38927096-8		martumarino95@gmail.com
Ciudadela				
Morinelli Sabrina	Garavano 352 Dto1	23-30953997-4	1157519175	sabrimorinelli@gmail.com
Entre Rios				
Navarro Estefania	Almafuerte Brawn 38	23-37546204-4	0342 155143981	estefanian721@gmail.com
Santa Rosa La Pampa				
Ordoñez Jorgelina	Luterkin 1637	27-25063488-4	02954773202/15696408	jorgelinao@hotmail.com
Ramos Mejia				
Otero Alejandra Edith	Avellaneda 798	27-24984050-0	1568980350	espacioinfanto@gmail.com
Guernica				
Pappolla Marta Ines	Scalabrini Ortiz 256	27-26372381-9	(2224) 53-1625	mpappopsp@gmail.com
A. Korn				
Jaimes Sol Valeria Samanta	Carola Lorenzini 390	27-34529266-2	(02225) 426-073	consultoriosociadosdelsol@hotmail.com.ar



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

Monte Grande

Yancsura Yanel

Florentino Ameghino 265 27-34078765-5 1561056416 yanelya@hotmail.com

Hogar Residencia

Lujan

Casa nuestra señora de pilar (San Juan de Dios)

Julio Roca 1350 30-67932805-7 (02323) 42-1036 clinicansp@yahoo.com.ar

Pilar

El arbol Familiar

Sabatier s/n 30-63120295-7 15-50414494/ (02304)477011 elarbolfamiliar@yahoo.com.ar

Transporte

CABA

Solis Jose Gabriel

Rotarismo Argentino 20-22333827-6 (15) 2458-5183

Zarzo Grispo Mariano Hernan

Pampa 2438 Piso P 20-32386716-0 info@transportediscapacidad.com
marianogrispo@hotmail.com

Sarandi

Reggi Diego

Independencia 144 20-29599975-7 (15) 4079-9019 /3973-1471 diego_reggi@yahoo.com

Muñiz

Mosna Sainz Páblo Martin

Rosetti 775 20-31166296-7 1127819807 transportemosna@gmail.com

Isidro Casanova

Transporte Rueditas by Eze

Villegas Conrrado E 5424 P11 Dto C 27-29277879-7 1534220515/4604-1985 rueditasbyeze@outlook.com.ar

Buenos Aires

Remis Almafuerte (Chavez Raul)

Grevasio Mendez 55 20-13702067-0 (0222) 443-3500 remisalfuerte_mendez55@hotmail.com

Remis Cielo

Alvear 419 20-14436676-0 011 4290-7046 jorgeiluzny@hotmail.com

Garcia Aranda Cesar Dionicio - Lasdosa

Cavour 3376/78 20-92855819-4 (11)6095-3225 lasdosa@yahoo.com.ar

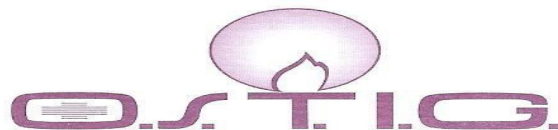
Transportes NIKI Nuñez Jesus Enrique

Empedrado 932 20-11980524-5 marcela2308@hotmail.com

San Martin

Hermida Luis Alberto

Caseros 2564 20-16010555-5



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

La Plata

LIMA CAR LA PLATA S.R.

Calle 60 N° 2470 30-71428074-
7

Cordoba

Blanco Carolina Mabel

Elias Yofre 1095 B° jardin 27-23796720- (0351) 156799914
3

carolinamariel24@gmail.com

Frontera Claudia Monica (Mawa Traslados)

San Diego 4990 27-20700634-
9

claudia.frontera@hotmail.com

Heredia Eduardo Alejandro

Entre Rios 142 20-26103659- 0351-6195380
3

cela_transporte@outlook.com

Molisor (Ariel Soria Gerente)

Guillermo Reynra 3185 P. 20-23537201-
PA Dto.C 1

Paredes Cruz Luciano Gonzalo (Traslados TUTE)

Mza 26 Lote 15 0 20-30121681-
6

luciano_200@hotmail.com

Remijio Sebastian (traslados BV)

Florencio Sanchez 2540 20-27657594- 0351-153580758
6

Tealdi Ruben Ricardo

Rio Cuarto 214 P5 Dto 23-17159497-
D 9

ricardotealdi000@yahoo.com.ar

Transporte 4 Hermanos ida Lencina Ivan

Urquiza 3417 20-32683369-
0

4hermanostraslados@gmail.com

Transporte LG Giuscafre Jose Luis

Juan Alba Posse 6102 20-33625943- 0351-156636016
7

Transporte Marcial Jorge Ignacio

Congreso 199 20-30544027- 0351 4982201
3

giorgimarcial@hotmail.com

Transporte UMMA

Mza M Lote 28 0 23-33892098- 0351-3867089
9

umma_traslados@hotmail.com

santa fe

Granja Soles

Juan Jose Paso 1496 30-71070673- 03402-497197
1

administracion@grupomb.com.ar

Entre Rios

Nuñez Eleonoro Marcos Abel

Mitre 1448 20-21539044-
7

MarcosAbel25@hotmail.es

Transporte Marcos Olivero

Ruta 39 KM 145 0 20-27169570- 03442-406601
6

marcos8038@hotmail.com

Salta

Transporte Santa Rita (Graciela Rios)

B°D Emilio Block 28 P3 27-17581137- (387) 15 542-0073
Dto 1 6

gdelvrios@gmail.com

La institución cuenta con un equipo interdisciplinario, dado que se entiende a la salud como un derecho humano fundamental y al sujeto de nuestra intervención como el actor principal en todo el proceso de intervención, respetando sus tiempos, sus valores y creencias, como así también la voluntad de cambio.

En este sentido el equipo constituye un espacio de referencia para la población en materia de restitución de derechos, accesibilidad a los servicios de salud y para una atención integral que incluye la promoción y la prevención de la salud.

PARADIGMA – PERSPECTIVA- OBJETIVOS

- Paradigma de los Derechos Humanos
- Concepción de Salud Integral (OMS)
- Perspectiva de Género
- Abordaje Interdisciplinario
- Paradigma del Cuidado como derecho

Objetivo:

- Intervenir en las problemáticas de salud de las personas usuarias de la obra social desde un enfoque socio sanitario y tendiente a favorecer el empoderamiento y la mejora de la calidad de vida de las mismas.

MARCO DE REFERENCIA PROFESIONAL

- Considera al ser humano en su dimensión integral
- Compromiso activo acompañando los cambios sociales que permiten dignificar la condición humana.
- Lectura crítica de la realidad
- Metodología sistematizada
-

LINEAS DE ACCION

- ASISTENCIA, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN
 - CAPACITACIÓN
- ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL e INTERINSTITUCIONAL
 - COORDINACION Y GESTION

INTERVENCIÓN

- Atención en demanda espontánea
- Acompañamiento en problemáticas sociales complejas
- Interconsultas
- Articulación y Derivación
- Entrevistas en domicilio
- Capacitaciones continuas
- Niveles de intervención: individual y familiar, grupal y comunitario

Entrevistas

- Primera entrevista se confecciona ficha de admisión. Se sistematiza historia psicosocial
- Evaluación las prestaciones en cuanto a la frecuencia y calidad de cada prestación.
- Contención y orientación en el rol de cuidador.
- Posibilidad de atención en demandas espontaneas con las familias.
- Atención presencial en sede de la obra social o virtual por demanda espontanea

Protocolos propios:

- Interrupción legal del embarazo
- Violencia de Genero
- Identidad de Genero

Principales intervenciones que realiza el equipo interdisciplinario:

- Seguimiento de los usuarios beneficiarios de OSTIG que se encuentran transitando una internación
- Auditoria de usuarios internados.
- Asesoría/consultoría de la demanda espontanea que surja de los usuarios en sede de la Obra Social.
- Informes solicitados mediante oficio judicial de los usuarios que lo requieran
- Evaluaciones en domicilio a fin de ampliar evaluaciones.
- Organización de talleres en sede de OSTIG tendientes a la promoción de la salud mental y los derechos de los usuarios.

Acciones:

- o Articulaciones inter-instituciones
- o Entrevistas en sede y/o en domicilio con usuarios y familiares
- o Reuniones del equipo interdisciplinario

Seguimientos

Tras las articulaciones efectuadas el equipo interdisciplinario queda a disposición generando un espacio de seguimiento con las situaciones abordadas dado que la comunicación se llevó a cabo con email y teléfonos personales o en forma presencial en la sede de la obra social.

Principales problemáticas abordadas

- Abandono
- Adicciones
- Discapacidad
- Salud mental
- Acompañamiento al cuidador
- Conflictivas familiares
- Gestión de recurso