

INSTRUCTIVO PARA LA COBERTURA DE PRESTACIONES BÁSICAS DE DISCAPACIDAD PARA EL AÑO 2026

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 2026"
 - 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 en cuenta 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 fechade 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.

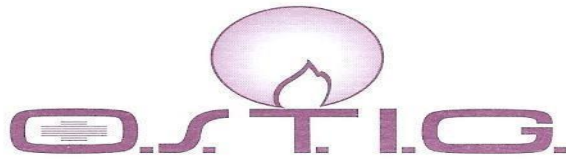
Constancia de inscripción en AFIP (CUIT).

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



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD.....

FECHA DE INGRESO A LA OBRA SOCIAL

AFILIADO N°

TITULAR FAMILIAR(marcar con una cruz)

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD.....

NACIONALIDAD.....

SEXO.....

ESTADO CIVIL.....

DOMICILIO.....C.POSTAL.....

LOCALIDAD.....

TELEFONO.....CL.....

Mail:

Nª 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.	7
Independiente con adaptaciones.	6
DEPENDIENTE	
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

ÍTEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCAUIDADO	
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDOPARTE SUPERIOR	
5	VESTIDOPARTE 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	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCIÓN	
12	MARCHAO 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

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.

2. ASEO PERSONAL

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?

3. HIGIENE

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.

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR

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

5. VESTIDO PARTE INFERIOR

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

6. USO DEL BAÑO

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

7. CONTROL DE INTESTINOS

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 Ostomía. Frecuencia.

8. CONTROL DE VEJIGA

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.

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

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

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO

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

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA

Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12. MARCHA/SILLA DE RUEDAS

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.

13. COMPRENSIÓN

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

14. EXPRESIÓN

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

15. INTERACCIÓN SOCIAL

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.

16. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos.

17. MEMORIA

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

18. EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores 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 _____	Tiempo por Sesión: _____
_____	C/sesión _____	Tiempo por Sesión: _____
_____	C/sesión _____	Tiempo por Sesión: _____
_____	C/sesión _____	Tiempo por Sesión: _____
_____	C/sesión _____	Tiempo por 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 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 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 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: _____

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 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 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

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

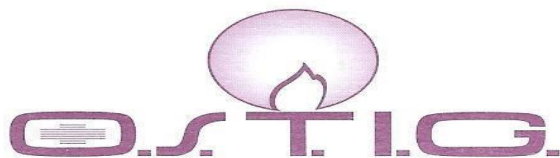
Precedentemente al Beneficiario: _____

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 descripto

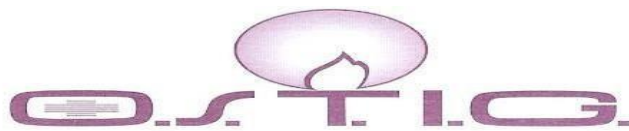
Precedentemente al Beneficiario: _____

DNI: _____

Firma Beneficiario o tutor: _____ DNI firmante _____

Aclaración: _____

Lugar y Fecha del Consentimiento: _____



OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS

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 2026

- 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 difiriere 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 auditoria
- Se enviara 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

CONFECCION 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

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

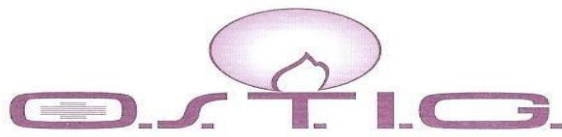
Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada

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				

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
A. Korn	Psicología	Cores Daiana Mailin	1139240641	maay@hotmail.com	2736754226	Carola Lorenzini 390	A. Korn		
A. Korn	Fonoaudiología	Maria Celeste Diaz	(011) 15 5942-3253	mceles.diaz@gmail.com	2735052322	Carola Lorenzini 390	A. Korn		
A. Korn	Terapia ocupacional	Sol Valeria Samanta Jaimes	(02225) 426-073	consultoriosociadosdelso@hotmail.com.ar	2734529266	Carola Lorenzini 390	A. Korn		
Adrogue	Psicopedagogia	Costa, Micaela	011-4969-2348	costa_micaela@hotmail.com	2937378704	Av. San Martin 1488	Adrogue		
Adrogue	Terapia ocupacional	Valiante Daiana Carolina	11 34700 880	todaiana@gmail.com	2738950972	Av. San Martin 1488	Adrogue		
Adrogue	Psicología	Vargas Nerea Cecilia	15-3183-3756	nereavargas@gmail.com	2731265319	Av. San Martin 1488	Adrogue		
Avellaneda	Modulo de Apoyo a la Integracion Escolar	Redat srl	48621593	info@redat.com.ar	3071282420	Yapeyu 724	Avellaneda		
Bahia Blanca	Terapista Ocupacional	Frache Shirley	0201 154362811		2722215759	Estados Unidos 65	Bahia Blanca		
Bahia Blanca	Psicología	Marquestaut Virginia Laura	0291-154411111	marquestaut@hotmail.com	2726794515	La Madrid 588	Bahia Blanca		
Bahia Blanca	Psicopedagogia	Mielgo Vanina Gisela	(0291)4222922	vaninamielgo@hotmail.com	2725215623	Roca 195	Bahia Blanca		
Bahia Blanca	Psicología	Molla Mariana Karina	0291-156448746	mariana.molla@yahoo.com.ar	2330823010	Palau 79	Bahia Blanca		
Bahia Blanca	Integracion Escolar	Oral del Sur Gaston Casanova	0291-4528837	gastoncasanovacollegiodelso.com.ar	2032586610	DGA, Darregueira 45	Bahia Blanca		
Bahia Blanca	Kinesiología	Pye Marianella	0291 155107149	marianellapye@gmail.com	2735382279	Estados Unidos 65	Bahia Blanca		
Bahia Blanca	Psicopedagogia	Rappa Micaela	2916462268	micaelavalle.20@gmail.com	2737555079		Bahia Blanca		
Bahia Blanca	Fonoaudiología	Simonelli Alicia	2915064518	simonellialicia@gmail.com	2711794633	La madrid 396	Bahia Blanca		
Banfield	Psicología	Shinzato Maria Lucia	1561928727/4242-2668	profesionales fdl@gmail.com	2727584589	H Yrigoyen 8071	Banfield		
Banfield	Psicopedagogia	Vallejos Yamila Soledad	4242-2668// 11-6192-8727	profesionales fdl@gmail.com	2737612500	H Yrigoyen 8071	Banfield		
Bella Vista	Integracion Escolar Cat "A"	Fundacion Ser	4668-3402	administracion@fundacionser.edu.ar	3067887495	Lebenshon 1021	Bella Vista		
Berazategui	Terapista Ocupacional	Alejandra Freiria	(15) 6288-8776//5433-9661	unlugar@outlook.com freiriaalejandra@gmail.com	2732098575	Calle 149 N° 1207	Berazategui		
Berazategui	Fonoaudiología	Colmegna Paula Mariana	1130222721	colmegnam@gmail.com	2726837440	Calle 15 5063	Berazategui		
Berazategui	Terapista Ocupacional	Freiria Alejandra	(15) 6288-8776//5433-9661	unlugar@outlook.com freiriaalejandra@gmail.com	2732098575	Calle 149 N° 1207	Berazategui		Martes 10,00 a 10,45 hs y Miercoles 10,45 a 11,30 hs
Berazategui	Fonoaudiología	Gisella V. Goland	(0221)(15) 630-4003 // 5433-9661	unlugar@outlook.com	2720796134	Calle 149 N° 1207	Berazategui		
Berazategui	Psicopedagogia	Huezo Castro Yamila Alina	(15)5928-7501 // 5433-9661	unlugar@outlook.com	2731597179	Calle 149 N° 1207	Berazategui		
Berazategui	Psicología	Maria Jimena Garcia	(15)3568-4310// 5433-9661	unlugar@outlook.com	2726475142	Calle 149 N° 1207	Berazategui		
CABA	Psicopedagogia	Belimlinsky Leticia Fernanda	45832741/1563015837	lembel@hotmail.com	2728909303	Manuel Rodriguez 1730	CABA		
CABA	Maestra de Apoyo	Benedetti Roxana	114401-1579	unomas.integracion@gmail.com	2723805412	Colegio N 12	CABA		Lunes Miercoles y Jueves de 8,00 a 12,00 hs
CABA	Psicología	Blanco Juan Alberto	1140880230	unomas.integracion@gmail.com	2029584734	Av Rivadavia 14340	CABA		Lunes Martes jueves y Viernes de 18,00 a 19,00 hs

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
CABA	T Ocupacional	Blasco Virginia	2227487609	virginiasblasco@gmail.com	27370093526	Av. Hipólito Irigoyen 3838	CABA		
CABA	Fonoaudiología	Caldeiro Ana Ines	4551-2372/1551411133	anainescaldeiro@gmail.com	27234727236	Av Corrientes 3125	CABA		
CABA	Psicología	Cancino Claudia Veronica	1158640005	claudiacancino35@gmail.com	27242935263	Jose Leon Suarez 1300	CABA		
CABA	Psicología	Caviglia Fernanda	1566410411	cavigliafernanda@gmail.com	27387955017	Directorio 1846 2 C	CABA		Martes Miercoles y Jueves de 19,00 a 20,00 hs
CABA	Integracion Escolar	Centro de Integracion Escolar Peldaños de Belen Mejía	1133620921	centropeldaños@gmail.com	23299871614	Pacheco de melo 2734 3 "303"	CABA		
CABA	Maestra de apoyo	Ciceri Alejandra Beatriz	4641-8173/3957 // (15) 6159 - 0992	alejaci@yahoo.com.ar	27225916697	Av. Lope de Vega 1842 PB 1	CABA		
CABA	Integracion Escolar	Ctro Crianza Positiva		celestecampano@hotmail.com	30716266903		CABA		
CABA	Integracion escolar	Dame tu Mano	4326-1971	dametumano@yahoo.com.ar	27200252476	Av corrientes 980 dpto 9ºA	CABA		
CABA	Psicopedagogia	Dominguez Sabrina	1533212495	sabrinadominguez27@hotmail.com	27325944707	Directorio 1846 2 C	CABA		Martes Miercoles y Jueves de 18,00 a 19,00 hs
CABA	Integracion Escolar	Escuela Especial Francoise Dolto			27135454449		CABA		
CABA	Fonoaudiología	Fernandez Mariz Eugenia			27183776601		CABA		
CABA	Psicología	Fernandez Noelia Luciana	1134257767		27327566593	Av Rivadavia 14340	CABA		Lunes Martes jueves y Viernes de 19,00 a 20,00 hs
CABA	Integracion Escolar	Foschi Elizabeth Andalaican	4554-6599	administracion@andalican.com.ar	27214417311		CABA		
CABA	Centro de Dia	Fundación Caminos	4551-2141/4554-9285	secretariafcaminos@gmail.com	30690546244	Teodoro Garcia 3545	CABA		
CABA	Kinesiología	Gelosi Luciana Gabriela	(03489) 15 54-8813	lic.igelosi@hotmail.com	27331918895	Cordoba 966 2º F - 2do Cuerpo	CABA		Martes y Viernes de 19,00 a 20,00 hs
CABA	Fonoaudiología	Granjeda Estela	1557090149	estelagrajeda@hotmail.com	27306023565	Tonelero 6280	CABA		
CABA	Psicopedagogia	Gudiño Noelia	(15) 6686-1373	psp.noelia.gudino@hotmail.com	27315808389	Guardia Vieja 3919	CABA		
CABA	Colegio	Instituto nueva Pompeya			200676001	Fournier 3158	CABA		
CABA	Transporte	Jose Gabriel solis	(15) 2458-5183	info@transportediscapacidad.com	20223338276	Irigoyen 2150	CABA		
CABA	Psicopedagogia	Julianelli Erica	114401-1579	unomas.integracion@gmail.com	27295752059	Av Rivadavia 14340	CABA		Lunes Martes Viernes de 18,00 a 19,00 hs
CABA	Psicopedagogia	Lawler Glenda	02324 15464748	glendalawler@gmail.com	23370176434	Teodoro Garcia 2536 9 D	CABA		
CABA	Maestra de apoyo	Marina Sanchez	(15) 5511-6317	marinagabrielasanchez@gmail.com	27351315895	Irigoyen 2150	CABA		
CABA	Psicomotricidad	Montesano Andrea			23247182284		CABA		Miercoles y Viernes de 17,00 a 18,00 hs
CABA	Psicología	Nosedá Jessica	45832741/1541951105	jessica.nosedá@hotmail.com	27292505766	Manuel Rodriguez 1730	CABA		
CABA	Fonoaudiología	Rey Jimena fernanda	45832741/1530538001	irey_04@yahoo.com.ar	27315397583	Manuel Rodriguez 1730	CABA		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
CABA	Psicología	Rodriguez Paula	4641-0349 //	paula_v_rodriguez@hotmail.com	2723229934	Fonrouge 7	CABA		
CABA	Psicología	Roganovich Cielo	1541944055	mariasky275@hotmail.com	2729977427	San Luis 2428, 8vo piso	CABA		
CABA	Rehabilitacion	Sea Servicios Educativos Asistenciales SRL			3371031230	Somellera 5922	CABA		Lunes 14,00 a 15,30; Martes 14,00 a 14,45 ; Miercoles 14,00 a 14,45; Jueves 14,00 a 14,45; Viernes 14,00 a 14,45 hs
CABA	Fonoaudiología	Silva Vergara Carmen	1154124502	karensv88@gmail.com	2793854802	Ecuador 395	CABA		Lunes y martes de 17,00 a 18,00 hs
CABA	Kinesiología	Sixto Vilma Marcela	4963-5540/1536109355	vilmasixto@yahoo.com.ar	2720237984	Laprida 1181,	CABA		
CABA	Maestra de Apoyo	Sole Sabrina L	114401-1579	unomas.integracion@gmail.com	2732528683	Colegio N 12	CABA		Lunes Miercoles y Jueves de 8,00 a 12,00 hs
CABA	Fonoaudiología	Togneri Horacio	4567-5061// (15) 4537-7534	horaciofono@gmail.com	2016739738	Arregui 3766	CABA		
CABA	Psicopedagogía	Velazquez Agustina	3446-674459	agus.velazquez12@gmail.com	2738389462	Gascon 970	CABA		
CABA	Integración Escolar	Yo Quiero S.R.L	1132410712	administracion@centroyoquiero.com	3071549089	Gregoria Perez 3559	CABA		
CABA	Fonoaudiología	Alemaný Roberta	2235111660	r.alemany@outlook.com	2730946107	Jorge Newbery 1660	CABA		
Castelar	Escuela Especial Primaria J Simple	Macoguca - Solpiva SRL Dr. Donald W Winnicott	1544835111	escuelaespecialwinnicott@gmail.com	3070951987	Anatole France 2646	Castelar		Todos los días de 8,00 a 12,00
Ciudad de Salta	Integración Escolar	Estrada, Gimena del Carmen	(0387) 156042376	estrada.gce@gmail.com	2737636610	av. Reyes Catolicos 1580	Ciudad de Salta		
Ciudadela	Terapia Ocupacional	Morinelli Sabrina	1157519175	sabrimorinelli@gmail.com	2330953997	Garavano 352 Dto1	Ciudadela		
Cordoba	Psicomotricidad	Albrecht Patricia	(03543) 608190	palble@hotmail.com	2714727168	J Batlle Planas 2152	Cordoba		
Cordoba	Psicomotricidad	Albrecht Patricia	(03543) 608190	palble@hotmail.com	2714727168	Berrotaran Nicolas 2950	Cordoba		Lunes a Jueves de 10,00 a 11,00 hs
Cordoba	Fonoaudiología	Ambort Nadia			2734649917	Crisol 43 dpto 3D	Cordoba		
Cordoba	Escuela Especial	APADIM	(0351) 494-2220	apadim@apadim.org.ar	3051984588	Av Velez sarsfield 5000	Cordoba		
Cordoba	Fonoaudiología	Barrera Mariana Soledad	(0351) 152572821	barrerasoledad@hotmail.com	2729712298	Berrotaran Nicolas 2950	Cordoba		Lunes a Jueves de 9,00 a 10,00 hs
Cordoba	Transporte	Blano Carolina Mabel	(0351) 156799914 / (0351) 648232	carolinamariel24@gmail.com	2723796720	Elias Yofre 1095 B° jardin	Cordoba		
Cordoba	Psicología	Boto Ulises Tomas			2036221000	Castro Barros 453	Cordoba		
Cordoba	Fonoaudiología	Brarda Roxana Josefa	03543-455497/15634085	roxbra10@yahoo.com.ar	2720224994	Sarmiento 772	Cordoba		
Cordoba	Maestra Integradora	CADIN SRL	0351-6788491	centrocadin@gmail.com	3071528518		Cordoba		
Cordoba	Integración Escolar	CAI (Veronica Marun)	(03571) 430-956	caiprivado@yahoo.com.ar	2720486419	Gral. Paz 370	Cordoba		Lunes a Viernes de 8,00 a 12,00 hs
Cordoba	Maestra de apoyo	Castro Maria Cecilia	0351-3163536	darioayma@hotmail.com	2732426851		Cordoba		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
Cordoba	Centro de Rehabilitacion	CENEIN	(0351) 15 306-6237	info@cenein.com	2727959112	Cleveland 5372	Cordoba		
Cordoba	Integracion Escolar	CENEIN	(0351) 15 306-6237	info@cenein.com	2727959112	Cleveland 5372	Cordoba		
Cordoba	Integracion Escolar	Centro AMUN de Beechero Betiana	(0351) 15 216-0995 // (0351) 428-4657	bbecchero@centrouamun.com.ar	2727444331	Paso de los Andes 225	Cordoba		
Cordoba	Rehabilitacion integral	Centro AMUN de Beechero Betiana	(0351) 15 216-0995 // (0351) 428-4657	bbecchero@centrouamun.com.ar	2727444331	Paso de los Andes 225	Cordoba		
Cordoba	Rehabilitacon	Centro de Rehabilitacion Medico Privado SRL	0358 4630367 /	cermedsrl@gmail.com	3071103577	Alberdi 1032	Cordoba		
Cordoba	Rehabilitacion integral	Centro Medico NEUROS	(0351) 5988315/16	administracion@centroneuros.com.ar	3071390430	Av. Colon 4405 B° Las Palmas	Cordoba		
Cordoba	Integracion Escolar	CEIP M CASTRO, R MEZZAVILLA, P NAVALON	(0351) 421-5313	centrociep@hotmail.com	3371155739	Paraguay 818	Cordoba		
Cordoba	Transporte	Claudia Monica Frontera (Mawa Traslados)	0351-4930664 /0351-156727519	claudia.frontera@hotmail.com	2720700634	Av 24 de Septiembre 1566	Cordoba		
Cordoba	Integracion Escolar	CMR Ctro Rehabilitacion Mediterraneo SRL	(0351)-452-1011/ (0351) 15 272-0052	cereme.informes@gmail.com/ facturacion@ceremecba.com	3071191702	Av 24 de Septiembre 1566	Cordoba		
Cordoba	Rehabilitacion integral	CMR Ctro Rehabilitacion Mediterraneo SRL	(0351)-452-1011/ (0351) 15 272-0052	info@ceremecba.com / administracion@ceremecba@hotmail.com	3071191702	Av 24 de Septiembre 1566	Cordoba		
Cordoba	Apoyo integracion escolar	Ctro Privado de Rehab Integral INSERIR	0351-4574515 / 0351-4569302	gracielarajo62@gmail.com	2716083913	Cormello 2173. B Empalme	Cordoba		
Cordoba	Modulo de Rehabilitacion Simple	Ctro Privado de Rehab Integral INSERIR	0351-4574515 / 0351-4569302	gracielarajo62@gmail.com	2716083913	Cormello 2173. B Empalme	Cordoba		
Cordoba	Fonoaudiologia	De Grenalfe Susana Beatriz	(0351) 233-3533 // (0351) 15 233-3533		2322776374	Isla Verde 1855	Cordoba		
Cordoba	Modulo de Rehabilitacion Simple	Dragua Sociedad por Acciones Simplificadas	4718085/1535814 01	centro@somosfarfalina.com	3071651197	N. Rodriguez Peña 2523	Cordoba		
Cordoba	Rehabilitacion	Dragua Sociedad por Acciones Simplificadas	(0351) 471-8085 // (0351) 15 358-1401	centro@somosfarfalina.com	3071651197	Rodriguez Peña 2523	Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Faga Georgina	(03571) 15 682174	georf@hotmail.com	2732389998	Gral. Paz 370	Cordoba		Miercoles de 18,00 a 19,00 hs
Cordoba	Integracion Escolar	Farfalina (Lic Maria virginia Els-- Directora)	(0351) 471-8085 // (0351) 15 358-1401	farfalinacba@yahoo.com.ar	2729966069	Rodriguez Peña 2523	Cordoba		lunes 7,30 a 10,30 y Miercoles 7,30 a 10,30
Cordoba	Maestra de Apoyo	Ferreya Micaela	0351-153527151		2733700469	Gramme 5322	Cordoba		
Cordoba	Fonoaudiologia	Franchetto Sierra Juliaba	2302 577402	julifranchetto@gmail.com	2737421224	Lavalleja 2095	Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Gabriela M Gonzalez	(03543)15 558-139		2720930660	San martin 5254	Cordoba		
Cordoba	Maestra de Apoyo	Garcia Nicolas			2031356621		Cordoba		
Cordoba	Fonoaudiologia	Garrido Kromer Antonella			2738906469	Castro Barros 453	Cordoba		
Cordoba	Maestra de apoyo	Godoy Elizabeth Alejandra Del Valle	0351 157621379	elialegodoy2004@yahoo.com.ar	2723503074		Cordoba		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUIT	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
Cordoba	Rehabilitacion integral	GOSPA Ctro privado de Rehab neurológica infantil	0351 469 0569	mfnegrete@gmail.com	20177870669	Feliz Olmedo 2153	Cordoba		
Cordoba	Transporte	Heredia Eduardo Alejandro	0351-6195380	cela_transporte@outlook.com	20261036593	Entre Rios 142	Cordoba		
Cordoba	Maestra de apoyo	INSERIR (Centro de rehabilitación integral)	(0351) 456-9302	gracielarajo62@hotmail.com	27160839134	Carnerillo 2173	Cordoba		
Cordoba	Rehabilitacion integral	INSERIR (Centro de rehabilitación integral)			27160839134		Cordoba		
Cordoba	Escuela especial	Instituto Divina Providencia derecho a la ed del niño franterizo	0351-482-1017	institodivinaprovidencia@hotmail.com divinaprovidencia93@hotmail.com	30678688092	Gob. Jose E bustos 873	Cordoba		
Cordoba	Escuela Especial	Instituto Privado Nuestra Señora de Itatí Olegario	(0351) 499-0910	ispova.edu.especial@gmail.com	30518392154	Amalia Figueredo de Pietra 1615	Cordoba		
Cordoba	Fonoaudiologia	Julia Tagliabue	(0351) 15 235-7467		27286755084	Ituzaingo 612	Cordoba		
Cordoba	Kinesiologia	Llanos Hugo Roberto			20184095840		Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Lopez Gabriela Alejandra	0351- 157509811		27337011123	Luis Broglie 7606	Cordoba		
Cordoba	Psicomotricidad	Martelli Martina	3564 578971	marianamartelli34@gmail.com	27381086424	Lavalleja 2095	Cordoba		
Cordoba	Psicomotricidad	Medici Daniela Virginia			27331780532	Luis Galvani 533	Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Minetti Maria	(0351) 156-788491	centrocadin@gmail.com	27324269334	T Malbran 3908	Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Miño Natalia Anabel	0351-5559838	natalia.mino@hotmail.com	27253363849	Sarmiento 772	Cordoba		
Cordoba	Transporte	Molisor (Ariel Soria Gerente)	(0351) 470-2149	jenijere2013@hotmail.com	20235372012	Felix Olmedo 2153	Cordoba		
Cordoba	Psicomotricidad	Morales Melina Gabriela	(0358) 154905541	moralesmelina@gmail.com	27314130592	Neuquén 595 esq. Mendoza	Cordoba		
Cordoba	Psicopedagogia	Moreno Julieta	0351-157036105	Juli.0280@hotmail.com	27362392859	Los algarrobos 6464	Cordoba		
Cordoba	Psicopedagogia	Moyano Eliana	351-3323554		27341004612	Francisco Soler 168	Cordoba		
Cordoba	Transporte	Paredes Cruz Luciano Gonzalo (Traslados TUTE)	4724413/153415302	el22mejor@gmail.com	20301216816	Av 24 de septiembre 1566	Cordoba		
Cordoba	NeuroKinesiologia	Perino Ana Laura			27273943906	Castro Barros 453	Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Petrini Lorena Patricia	0351 156319525	lore_petrini@hotmail.com	27304734672	Neuquén 595 esq. Mendoza	Cordoba		
Cordoba	Psicopedagogia	Racca Monica Ivana		mracca1@hotmail.com	27221611302	Sarmiento 772	Cordoba		
Cordoba	Maestra de apoyo	Rodriguez Claudia Beatriz	(0351) 479-1529// (0351) 15 716-2946	rodriguezclaupsp@yahoo.es	27171589466	Av. Armada Argentina 287	Cordoba		
Cordoba	Tranporte	Salgado Sergio Raul	0351-3297537	ssalgado2170@yahoo.com.ar	23219662149	Av. Colon 4405 B° Las Palmas	Cordoba		
Cordoba	Maestra de apoyo	San Camilo de Lellis SRL.	0351- 464 7297	sancamilodelellis@gmail.com	30708087986	Bartolomé de las Casas 3685- Bº	Cordoba		
Cordoba	Rehabilitacion integral	San Camilo de Lellis SRL.	0351- 464 7297	sancamilodelellis@gmail.com	30708087986	Av. Pablo Richieri 3182	Cordoba		
Cordoba	Maestra de apoyo	Savid Yanina Soledad	0351 152463190	savidyanina13@gmail.com	27296092350	Juan del Risco y Alvarado 3715 Bº San Felipe	Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Scarponi Maria Victoria	(0351) 15 538-8648		27336566062	Ituzaingo 612	Cordoba		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
Cordoba	Transporte	Sebastian Remijio (traslados BV)	0351-153580758	4hermanostraslados@gmail.com	20276575946	Av 24 de septiembre 1566	Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Signori Marina	0351 156879888	marianasignori@hotmail.com	27297143544	Lavalleja 2095	Cordoba		
Cordoba	Psicologia	Silva Eduardo Miguel David	351-3323554		20314808038	Francisco Soler 168	Cordoba		
Cordoba	Fonoaudiologia	Silvia Elizabeth Paez	(03543) 15 536-089	silviapaez90@hotmail.com	27213929977	Av. San Martin 5254	Cordoba		
Cordoba	T Ocupacional	Soria Maria Soledad			27235186719	Castro Barros 453	Cordoba		
Cordoba	Transporte	Tealdi Ruben Ricardo			23171594979		Cordoba		
Cordoba	Transporte	Transporte 4 Hermanos ida Lencina Ivan	0351-153580758	4hermanostraslados@gmail.com	20326833690	Av 24 de septiembre 1566	Cordoba		
Cordoba	Transporte	Transporte Marcial Jorge Ignacio	0351 4982201		20305440273		Cordoba		
Cordoba	transporte	Transporte UMMA			23338920989		Cordoba		
Cordoba	Fonoaudiologia	Usqueda Claudia Daniela	0351 3845626	framajupa@hotmail.com	27207876819	Neuquén 595 esq. Mendoza	Cordoba		
Cordoba	Maestra de apoyo	Veloza Sofia Beatriz del Valle	0351 156797008	sofiavelozo4@gmail.com	27390703002	cangallo 1888	Cordoba		
Cordoba	Maestra de apoyo	Veronica Andrea Torres	(0351)15 664-9617	veroantorres@yahoo.com.ar	27222225480	Escuela Domingo Sarmiento - La Quebrada	Cordoba		
Cordoba	Psicopedagogia	Veronica Andrea Torres	(0351)15 664-9617	veroantorres@yahoo.com.ar	27222225480	El Hornero 40 B	Cordoba		
Cordoba	Psicopedagogia	Veronica Marum	(03571) 430-956	caiprivado@yahoo.com.ar	27204864190	Gral. Paz 370	Cordoba		Lunes Martes Jueves y Viernes de 18,00 a 19,00 hs
Cordoba	Psicopedagogia	Weibel Milagro	0351 3416115	milagroweibel@hotmail.com	27346740596	Lavalleja 2095	Cordoba		
Cordoba	Modulo maestra de apoyo	Zanoni Yanina Vanessa	(0351)15 672-2131	yani_zanoni@hotmail.com	27327398852	La Rioja 2115	Cordoba		
La Pampa	Fonoaudiologia	Berra Carolina Isabel	295415397766	carolinaberra@gmail.com	27251463889	R.S.Peña 429	La Pampa		Lunes, Miercoles y Viernes de
Del Viso Pilar	Hogar Permanente	Fundacion APEX	2320470972	fundacionapex@yahoo.com.ar	30646841360	Argerich y Moyano	Del Viso Pilar		Todos los dias
Don Torcuato	Fonoaudiologia	Maria Fernanda Quaroni	(15) 6557-5908 // 4741-8205 / 8259 / 2019	ferchuquaroni@hotmail.com	27145716611	Reybaud 1448	Don Torcuato		
Don Torcuato	Fonoaudiologia	Maria Fernanda Quaroni	(15) 6557-5908 // 4741-8205 / 8259 / 2019	ferchuquaroni@hotmail.com	27145716611	Reybaud 1448	Don Torcuato		Lunes Martes y Miercoles de 17,00 a 18,00 hs
Don Torcuato	Terapia ocupacional	Maria Itati Solis	(15) 3238-6070	adm2016abba@gmail.com	27290976834	Urquiza 1580	Don Torcuato		
El Jaguel	Psicopedagogia	Forciniti Natalia Elizabeth	1168133954	natforciniti@gmail.com	27360847190	Rubens 2589	El Jaguel		
Entre Rios	Psicopedagogia	Benitez Micaela Belen	03456 15520625	benitezmicaela@hotmail.com	27379755114	9 de Julio 3240 Con 1	Entre Rios		
Entre Rios	T Ocupacional	Borghesan Maria Alejandra	03456 15438931	alejandraborghesan@gmail.com	27315695428	Monza yGorgonzola	Entre Rios		
Entre Rios	Kinesiologia	Braun Moira	03456-423441 15461400	moira_braun@hotmail.com	27265961679	Monza yGorgonzola	Entre Rios		
Entre Rios	Kinesiologia	Canovas Julieta	03442-15401650	juja189@hotmail.com	27273379490	Galarza 971	Entre Rios		
Entre Rios	CET	Ctro Ed Terapeutico El Solar Colon	03447-421994	administracion@elsolarcolon.com.ar	30710674023	Paysandu 267 Colon	Entre Rios		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
Entre Rios	Transporte	Nuñez Eleonoro Marcos Abel			2021539044	Paysandu 267 Colon	Entre Rios		
Entre Rios	Transporte	Transporte Marcos Olivero	03442-406601	marcos8038@hotmail.com	20271695706	Galarza 971	Entre Rios		
Escobar	Integración Escolar	Moebius- Centro de Rehabilitación	1121041488/ 1530727244/ 0348-4420951	gestionpacientes@moebiuscentroterapeutico.com	27235676090	Rivadavia 878	Escobar		
Escobar	rehabilitacion	Moebius- Centro de Rehabilitación	1121041488/ 1530727244/ 0348-4420951	gestionpacientes@moebiuscentroterapeutico.com	27235676090	Rivadavia 878	Escobar		
Esteban Echeverría	Transporte c/ dep	Remis Cielo			20144366760	Rivadavia 424	Esteban Echeverría		
Ezeiza	Psicología	Azzini Carolina Rocío	1567676644	carolina.azzini@hotmail.com	27358305577	Paraguay 188	Ezeiza		Miercoles de 18,00 a 18,45 hs
Ezeiza	Maestra Integradora	Cento de Apoyo Integral La Huella SRL	4284-1816	centrolahuella@gmail.com	30716231107		Ezeiza		
Ezpeleta	Kinesiología	Nuñez Nadia	1564058592	nadian_pg@hotmail.com	27310803592	Panama 2899	Ezpeleta		Lunes Martes y Jueves de 16,00 a 17,00 hs
Ezpeleta Quilmes	Integración escolar	Equipo ADIP	1564245139	info@equipoadip.com.ar	30711731926		Ezpeleta Quilmes		
Florencio Varela	CET simple Cat B	Logros CET (Centro Educativo Terapeutico)	4237-1528// 4287-6249	centrologros@gmail.com	30710425546	Alberdi 2460	Florencio Varela		
Glew	Fonoaudiología	Constanza Pavon	(02224) 478-058// (15) 3108-2189	constanzapavon@yahoo.com	27282828826	Calle 11 N°663	Glew		
Glew	Psicopedagogía	Giuso Gisela Laura	(02224) 478-058/1549482610	gusogisel@gmail.com	27280544537	Calle 11 N°663	Glew		
Glew	Psicología	Herrera Yesica Soledad	(02224) 478-058	lic.yesicaherrera@gmail.com	27327109273	Calle 11 N°663	Glew		
Glew	Terapia ocupacional	Pardo Karina	(02224) 478-058// (15) 5463-9519	karinapardo@live.com.ar	27224583033	Calle 11 N°663	Glew		
Glew	Integración Escolar	Redondel SRL	4243-0831	escuelaredondel@gmail.com	30604168070	ulián Álvarez 292	Glew		
Glew	Transporte	Remis Almafuerte (Chavez Raul)	(0222) 443-3500	remisalmafuerte_mendez55@hotmail.com	20137020670	Alvarez 292	Glew		
Glew	Transporte	Remis Almafuerte (Chavez Raul)	(0222) 443-3500	remisalmafuerte_mendez55@hotmail.com	20137020670	Calle 11 N°663	Glew		
Gonzalez Catan	Maestra de Apoyo	Chazarreta Ivana Solange			27380465405		Gonzalez Catan		
Gonzalez Catan	Psicopedagogía	Pereyra Belen Analia	(15) 31842815	lic.analiabelenpereyra@gmail.com	27367417019		Gonzalez Catan		
Guernica	Psicología	Grau Carolina	11-66453922	caritopgrau@hotmail.com	27252630044	Scalabrini Ortiz 256	Guernica		
Guernica	Fonoaudiología	Minardo Florencia Magali	1158768592	minardoflorencia7@gmail.com	27345876338	Scalabrini Ortiz 256	Guernica		
Guernica	Psicopedagogía	Pappolla Mariana Lujan	(2224) 53-1625	mpappopsp@gmail.com	27230905156	Scalabrini Ortiz 256	Guernica		
Guernica	T Ocupacional	Pappolla Marta Ines			27263723819	Scalabrini Ortiz 256	Guernica		
Isidro Casanova	CET	Coop San Martin de Porres	2821-2500	pmymriam@porres.edu.ar	30662426314	Estocolmo 2446	Isidro Casanova		Lunes a Viernes de 9,00 a 16,30 hs
Isidro Casanova	Transporte	Transporte Rueditas by Eze	1534220515/4604-1985	rueditasbyeze@outlook.com.ar	27292778797	Estocolmo 2446	Isidro Casanova		
La Lucila	Rehabilitación integral	Centro Psicoterapeutico Buenos Aires (CPBA)	4667-4614 // 5292-1452 // (15) 6957-4401	cpbasm@gmail.com	30712040145	Av. Maipu 4133	La Lucila		
La Matanza	Colegio	PARROQUIAL CERVANTES			61918200	Vieytes 40	La Matanza		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
La Plata	Fonoaudiología	Borrajo María Agustina	(0221) 15594-5474	agusborrajo@gmail.com	2736778154	Calle 50 N 1325	La Plata		
La Plata	Psicopedagogía	Ghiringhelli Antonella	(0221) 661-7915	antonellaghi.27@gmail.com	2735073588	Calle 50 N 1325	La Plata		
La Plata	transporte a la escuela	LIMA CAR LA PLATA S.R.			3071428074	Calle 495 3002-3100	La Plata		
La Plata	Terapia Ocupacional	Marino Martina		martumarino95@gmail.com	2738927096	Calle 50 N 1325	La Plata		
La Plata	Fonoaudiología	Natalia Grisenti	(0221) 15 522-6448	nataliagrisenti@gmail.com /ngrisenti@yahoo.com.ar	27249817097	Calle 37 N°372	La Plata		
La Plata	Psicología	Reyes Ludmila		reyesludmila@hotmail.com	2730422781	Calle 50 N 1325	La Plata		
La Plata	Psicología	Salvador ayelen	0221-155342703	ayelensalvador@hotmail.com	2724641566	Calle 8 N 420	La Plata		
Lanus	Psicología	Alejandra Salvatore	(15)3673-6688	alejandra.salvatore@gmail.com	2729258845	Hipolito Yrigoyen 3876	Lanus		
Lanus	Terapia ocupacional	Carena Daniela Tamara	1161266291	dcarena.to@gmail.com	2738149354	Hipolito Yrigoyen 3876	Lanus		Miercoles y Viernes de 14,00 a 15,00 hs
Lanus	Transporte	Diego Reggi	(15) 4079-9019 // 3973-1471	diego_reggi@yahoo.com	2029599975	Jose Marmol 1041	Lanus		
Lanus	Psicología	Dominguez Paula	1124519739	pauladominguezpsi@gmail.com	2730368534	Hipolito Yrigoyen 3876	Lanus		Lunes de 14,00 a 15,00 y Miercoles de 16,00 a 17,00 hs
Lanus	Transporte	García Aranda Cesar Dionicio - Lasdosa	(11)6095-3225	lasdosa@yahoo.com.ar	2092855819	Arredondo 2928 Sarandi hasta Hipolito Yrigoyen 3876 Lanus Oeste	Lanus		
Lanus	Kinesiología	Gelosi Luciana Gabriela	(03489) 15 54-8813	lic.lgelosi@hotmail.com	2733191889	Cordoba 966 2º F - 2do Cuerpo	Lanus		
Lanus	Terapia ocupacional	María Lorena Romeo	(15) 4415-2752	lorenaromeo@gmail.com	2323091029	Hipolito Yrigoyen 3876	Lanus		
Lanus	Kinesiología	Zamar Viviana Belkis	(15) 6378-9197	belkisviv@yahoo.com.ar	2720451254	Hipolito Yrigoyen 3876	Lanus		Lunes Miercoles y Viernes de 15,00 a 16,00 hs
Lanus Este	Transporte	Remis Cielo			2014436676	Salta 1253	Lanus Este		Viernes de 15,00 a 16,00 hs
Lanus Este	Kineso Acuática	San Lazaro	4240-0292	infosanzlazar@yahoo.com.ar	3070968481	Salta 1253	Lanus Este		
Lanus Oeste	Psicología	Yerien Yanina P.	1567333237	yaninayerien@yahoo.com.ar	2731175868	Joaquín V González 2989	Lanus Oeste		Lunes y Jueves de 15,00 a 16,00 hs
Entre Rios	Fonoaudiología	Gaitan Alejandra	03435 15497935	alejandragaitan04@gmail.com	2732650528	Ramirez 271	Entre Rios		
Lujan	Hogar Permanente con Centro de Día Cat A	Casa nuestra señora de pilar (San Juan de Dios)	(02323) 42-1036/420003	clincansp@yahoo.com.ar	3067932805	Julio Roca 1350	Lujan		
La Pampa	Terapia Ocupacional	Ordoñez Jorgelina	Santa Rosa La Pampa	02954773202/15696408	2725063488	Lunes a Jueves de 15,10 a 15,50 hs	La Pampa		
Mar del Plata	Psicopedagogía	Abate S Celeste	0223 495-6782	celestina_abate@live.com.ar	2733334013	Cordoba 2767	Mar del Plata		
Mar del Plata	Fonoaudiología	Alliney Priscila	0223-4941952/ 0223-155193564	priscila_alliney@hotmail.com	2729043629	Jujuy 1364	Mar del Plata		
Mar del Plata	Psicopedagogía	Bonetto María Sol	0223 5052789	pspmariasolbonetto@gmail.com	2738283289	Moreno 3582 -	Mar del Plata		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
Mar del Plata	Psicologia	Calvo Rocio	0223-156796349	rociocalvo2906@gmail.com	27345610749	9 de Julio 3545 2 B	Mar del Plata		Miercoles y Jueves de 18,00 a 19,00 hs
Mar del Plata	Fonoaudiologia	Chervo Maria Micaela	(0223) 15 6236989	mica_cher@hotmail.com	27382518336	Rawson 2754	Mar del Plata		
Mar del Plata	terapia Ocupacional	Di Gregorio Lucila	0223-155790034	lulidigre@hotmail.com	27324412013	Brawn 3102	Mar del Plata		
Mar del Plata	Psicologia	Elias Yamila	0223 155111342	yamilaelias34@gmail.com	27329934220	Rawson 2754	Mar del Plata		
Mar del Plata	Psicopedagogia	Fernandez Rocio Luciana	2235650907	rol.fernandez@yahoo.com.ar	27273797500	Entre Rios 2977	Mar del Plata		Miercoles y Jueves 8,00 a 8,45 hs
Mar del Plata	Psicologia	Fortuna Romina	0223 4261135	fortunaromina@hotmail.com	27257482730	Brawn 3102	Mar del Plata		
Mar del Plata	Psicologia	Garello Diego Daniel	2235650907		20350432540	Entre Rios 2977	Mar del Plata		Martes y Jueves 9,30 a 10,15 hs
Mar del Plata	T Ocupacional	Lanfranchi Marisol	0223-155-399300	lanfranchimarisol@hotmail.com	27248542034	9 de Julio 3549	Mar del Plata		
Mar del Plata	Fonoaudiologia	Martinez Maria Andrea	2235826705	marilandremartinez65@hotmail.com	27175937640	Rawson 2754	Mar del Plata		
Mar del Plata	Psicopedagogia	Noguera Romina Soledad	0223-155500357	rominasoledadnoguera@gmail.com	27331022040	9 de Julio 3545 2 B	Mar del Plata		Miercoles y Jueves de 16,00 a 17,00 hs
Mar del Plata	Terapia ocupacional	Nora E. Beecher	(0223) 15 541-4082	norabeecher@hotmail.com	27140980640	Rawson 2754	Mar del Plata		
Mar del Plata	Psicopedagogia	Paniagua Natalia Noemi	154477232	paniaguanatalia@hotmail.com	27243338676	Rawson 2754	Mar del Plata		
Mar del Plata	T Ocupacional	Tamborena Martin F	2236825249	martinfamborenea@hotmail.com	23224450559	Olavarria 3172 P 3 Dto 6	Mar del Plata		
Mar del Plata	Fonoaudiologia	Toujas Daniela Belen	2235650907	danielatoujas@gmail.com	27363823660	Entre Rios 2977	Mar del Plata		Martes y Jueves 10,15 a 11,00 hs
Mar del Plata	Fonoaudiologia	Valdez Yesica	0223-155509912	yesicavaldez@hotmail.com	27307205040	9 de Julio 3549	Mar del Plata		Martes y Jueves de 17,00 a 18,00 hs
Mendoza	Maestra de Apoyo	Barroso Lorena	0261-4182925	lorenadbarroso@gmail.com	27264236650		Mendoza		
Mendoza	Integracion Escolar	CEDDEC	(0261)424-4472	institutoceddec@yahoo.com.ar	33709081239		Mendoza		
Mendoza	Rehabilitacion	CEDDEC	(0261)424-4472	institutoceddec@yahoo.com.ar	33709081239	Tte. Ibañez 43	Mendoza		
Mendoza	Psicologia	Forquera Paula Nerina	0261-155391829	p.forquera@hotmail.com	27361376310	Ecuador 615	Mendoza		
Mendoza	Psicopedagogia	Masip Maria Belen	(0261) 423-4278 / (0261) 304-9873	ma.belenmasip@gmail.com	27346768180	Paso de los Andes 2362	Mendoza		
Merlo	Centro Educativo Terapeutico	Per se SA		perseterapeutico@gmail.com	30715746400	Nicaragua 145.	Merlo		Lunes a Viernes de 9,00 a 16,00 hs
Merlo	Centro Educativo Terapeutico	Per se SA		perseterapeutico@gmail.com	30715746400		Merlo		
Merlo	Transporte	Rinaldi Maria			27103997649	Cipolletti 647 hastac nicaragua 145	Merlo		
Monte Grande	Centro de Rehabilitacion	Centro Redes	4284-2729/1986	centro_redes@yahoo.com.ar	30710833644	Rivadavia 424	Monte Grande		
Monte Grande	Escolaridad primaria Jornada Simple S/Dep	EPEN	4290-0023 4367-5705	escuelaepen@hotmail.com	27042094248	Reta 762	Monte Grande		Todos los dias de 8,30 a 12,30 hs
Monte Grande	Psicopedagogia	Esteves Viviana M	1153834854	vestevesm@gmail.com	27147821218	Florentino Ameghino 265	Monte Grande		Martes de 18,00 a 19,00 hs
Monte Grande	Psicopedagogia	Esteves Viviana M		vestevesm@gmail.com	27147821218		Monte Grande		
Monte Grande	Psicologia	Kunin Gabriel Damian	1554461722	gabrielkunin@gmail.com	20335972510		Monte Grande		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
Monte Grande	Integración Escolar	Nuevos Horizontes Echeverrianos	42964210	info@institutonhe.com	3071222771		Monte Grande		Martes y Jueves de 13,00 a 17,00 hs
Monte Grande	Transporte	Remis Cielo	011 4290-7046	jorgeiluzny@hotmail.com	2014436676	Reta 762	Monte Grande		
Monte Grande	T Ocupacional	Ruiz Micaela Natalia	1167438933	micaelanatalia.r@gmail.com	2738445149		Monte Grande		
Monte Grande	Psicología	Venturini Lucia	1555119030	venturini.lucia@gmail.com	2732144747	Dr A Rotto 372	Monte Grande		
Monte Grande	T Ocupacional	Yancsura Yanel	1561056416	yanelya@hotmail.com	2734078765	Florentino Ameghino 265	Monte Grande		
San Miguel	Formación laboral Jornada doble CAT A	Buscando el Sol	4664-6065//4667-3012	buscandoelsol2012@hotmail.com	2717331269	Rosetti 775	Muñiz. San Miguel		Todos los días de 8,00 a 16,00 hs
San Miguel	Psicología	Gonzalez Modernell Estefania	1168852808	estefania.modernell.gz@gmail.com	2736427431	Cornelio Saavedra 1156	Muñiz. San Miguel		Lunes de 18,30 a 19,30 hs
San Miguel	Psicopedagogía	Mazzei Romina	1150264636	romina_mazzei@hotmail.com	2727460498	Azcuenaga 1240 5 C	Muñiz. San Miguel		Jueves de 17,00 a 18,00 y Sabado 9,00 a 10,00 hs
San Miguel	Transporte	Páblo Martin Mosna Sainz	1127819807	transportemosna@gmail.com	2031166296	Rosetti 775	Muñiz. San Miguel		
Neuquen	Fonoaudiología	Andiarena Jaquelin Elizabeth	02954-15394429	fga.jaquelineandiarena@gmail.com	2737086083	Entre Rios 354	Neuquen		
Neuquen	Psicopedagogía	Bridarolli Monica Analia	2994112645	monicavidarolli@gmail.com	2721545693	Sargento Cabral 136	Neuquen		
Neuquen	Psicopedagogía	Galvez Andrea A	0260-154203198/0299-4427514	andreg28_8@yahoo.com.ar	2727968033	Mendoza 718	Neuquen		
Neuquen	Psicomotricidad	Garrido Andrea Mariana	0299-4427514	ceniveneurologiainfantil@gmail.com;andregnqn@gmail.com	2731086442	Mendoza 718	Neuquen		
Neuquen	Psicopedagogía	Guarini Sanchez Luciana Gisela	0299-4711252	lu.guarini@hotmail.com	2738038282	Entre Rios 354	Neuquen		Martes y Viernes de 18,30 a 19,30 hs
Neuquen	Psicología	Molina Florencia			2728361503		Neuquen		
Neuquen	Musicoterapia	Moscovich Joana	0299 155461307	joana_moscovich@yahoo.com.ar	2726324729	Mendoza 718	Neuquen		
Neuquen	Fonoaudiología	Paez Yanet	0299 4188973	yanetpaez85@gmail.com	2731327953	Entre Rios 354	Neuquen		Lunes y Viernes de 19,00 a 20,00 hs
Neuquen	Neurolingüista	Sagaseta Eugenia	0299-4427514	ceniveneurologiainfantil@gmail.com; saga_euge@hotmail.com	2331613931	Mendoza 718	Neuquen		
Neuquen	Psicología	Springer Delfina	(011) 15 3660 7332		2736754693	Mendoza 718	Neuquen		
Neuquen	Maestra de apoyo	Choque Quiroga Eduardo			2030009827		Neuquen		
Pilar	Hogar	El arbol Familiar	15-50414494/(02304)477011	elarbolfamiliar@yahoo.com.ar	3063120295	Sabatier s/n	Pilar		
Quilmes	Psicología	Alejandra Iris Mancini	(15) 5494-8420	alejandra_mancini@hotmail.com	2729319923	Ortiz de ocampo 600	Quilmes		
Quilmes	Integración Escolar	Atañer Integraciones SRL	1120875494	repcionpasil@gmail.com	3071622997	Conesa 271	Quilmes		Lunes a Viernes de 13,00 a 17,00 hs
Quilmes	Terapia Ocupacional	Cechini Julieta	1536849444	julicecchini@hotmail.com	2730426122	Sarmiento 480	Quilmes		
Quilmes	Integración Escolar	Centro de Integración y Desarrollo	1562466139 Maria Florencia	cid5647@yahoo.com.ar	3065004166	Calle 339 N 3551	Quilmes		
Quilmes	Rehabilitación integral	CER (centro de rehabilitación)	4254-7159	centrocer@hotmail.com	3071015181	25 de mayo 716	Quilmes		
Quilmes	Psicopedagogía	Maini Rocio	1168813667	rocimaini@gmail.com	2740144222	Ortiz de Ocampo 600	Quilmes		
Quilmes	Psicopedagogía	Sanabria Yamila Soledad	116 174 4264	yssanabria@gmail.com	2728131480	Ortiz de ocampo 600	Quilmes		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUI	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
R.S.Peña 429	Fonoaudiología	Berra Carolina Isabel	Cutralco La Pampa	295415397766	2725146388	Lunes, Miercoles y Viernes de	R.S.Peña 429		
Ramos Mejia	Integración Escolar	Barengi Roldan Maria Carolina	1134110441/1156 422631	adm.abriendomanos@gmail.com	2727067044		Ramos Mejia		Lunes a Viernes de 8,00 a 12,00 hs
Ramos Mejia	Fonoaudiología	Bonfigli Karina	1538990369	espacioinfanto@gmail.com	2718223745	Avellaneda 798	Ramos Mejia		
Ramos Mejia	Fonoaudiología	Gonzalez Monica Viviana	112187-1480	monifono2020@gmail.com	2713048584	Valentin Cardozo 1640	Ramos Mejia		Lunes y Miercoles 14,30 a 15,15 hs
Ramos Mejia	T Ocupacional	Mones Cazón, Maria Belén	115057-9116	belenmonescazon@gmail.com	2430993340	Suipacha 444	Ramos Mejia		Martes y jueves 13 a 13.45hs
Ramos Mejia	T Ocupacional	Otero Alejandra Edith	1568980350	espacioinfanto@gmail.com	2724984050	Avellaneda 798	Ramos Mejia		
Ramos Mejia	Psicología	Silva Carolina Giselle	155624-8715	lic.carolinasilva@gmail.com	2734523885	Suipacha 444	Ramos Mejia		Martes y jueves 12:00 a 12,45 hs
Rio Negro	T Ocupacional	Cieri Pilar		pilarcieri@gmail.com	2725835207	Alcorta 147	Rio Negro		
Entre Rios	Maestra de apoyo	Legoff Cristela Edith	03445 15400722	cristela310784@hotmail.com	2730991891	Boulevard Moreno 218	Rosario del Tala Entre Rios		
Entre Rios	Psicopedagogía	Luqui Maria Agustina	03445 15442147	pspmaluqui@gmail.com	2728796782	Peron 86	Rosario del Tala Entre Rios		
Entre Rios	Terapia Ocupacional	Navarro Estefania	0342 155143981	estefanian721@gmail.com	2337546204	Almafuerte Brawn 38	Rosario del Tala Entre Rios		
S.S de Jujuy	Maestro de apoyo	Ezequiel Alberto Roncaglia	(0388) 439-2989	ezeroncaglia@gmail.com	2034360474	Viltipico 153	S.S de Jujuy		
Salta	Fonoaudiología	Monica Barros	(0387) 15 549-2796	mcba34@hotmail.com	2726696859	Necochea 376	Salta		
Salta	Centro de Día	Arbol de la Vida	0387 421-5356	arboldevida1286@gmail.com	2717289259	Leguizamon 1286	Salta		
Salta	Neurokinesiología	Marta Dolores Lipnik	(0387) 15 584-3074	mdlipnik@gmail.com	2714304243	Necochea 376	Salta		
Salta	Fonoaudiología	Mora Cruz Maria Eugenia	(0387) 155017876	marumoracruz@gmail.com	2718469664	Caseros 1279	Salta		
Salta	Psicopedagogía	Roldan, Maria Alejandra	0387-155239862	m.alejandraroldan@gmail.com	2722455402	Caseros 1279	Salta		
Salta	Kinesiología y Fisioterapia	Tolaba Medina Marlene Vanina		marlene_mtm@hotmail.com	2733696510	Caseros 1279	Salta		
Salta	Transporte	Transporte Santa Rita (Graciela Rios)	(387) 15 542-0073	gdelvrios@gmail.com	2717581137	Leguizamon 1286	Salta		
San Justo	Psicología	Cornejo Maria Eugenia	1538990369	espacioinfanto@gmail.com	2735722440	Almafuerte 2529	San Justo		
San Martin	Psicología	Garcia Vera Maia Sol	1164761305	msolgv@hotmail.com	2725787917	Pellegrini 2040	San Martin		Lunes y Miercoles de 10,00 a 11,00 hs
San Martin	Transporte	Hermida Luis Alberto			2016010555	Caseros 2564	San Martin		
San Martin	Psicomotricidad	Podesta Maria del Rosario	1152571555	rosariopodesta@hotmail.com	2732431722	Pellegrini 2040	San Martin		Martes y Jueves de 10,00 a 11,00 hs
San Martin	Psicopedagogía	Suarez carolina Valeria	1149860895	carolinasuarez76@hotmail.com	2725248245	Pellegrini 2040	San Martin		Martes y Viernes 11,00 a 12,00 hs
San Martin	Centro de Dia	TACYP Taller de Capac. y Prod. de Gral. San Mart		centrodediatacyp@yahoo.com.ar	3065945685	Caseros 2564	San Martin		

Listado de Prestaciones Básicas de Discapacidad año 2026

PROVINCIA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	TELEFONO	EMAIL	CUIT	DOMICILIO	ZONA GEOGRAFICA	CODIGO POSTAL	HORARIO DE ATENCION
San Miguel	Psicopedagogia	Achingo Maria Rosa	1559589728	mariaross15@hotmail.com	2724796969	Avellaneda 505	San Miguel		Lunes 10,30 a 11,30 y Martes 10,00 a 11,00 hs
San Miguel	Integracion Escolar	Aguirre Milagros y More Leonardo SH			3071137207		San Miguel		
San Miguel	Terapia Ocupacional	Bataglia Maria Soledad	1565955810	arolqui@hotmail.com	27255615519	Avellaneda 505	San Miguel		Miercoles y Viernes de 10,00 a 11,00 hs
San Miguel	Psicoterapia	Cejas Florencia Lucia)15-3093-1904	florencia.cejas@live.com.ar	27376698673	Av. Ricardo Balbin 963 – 6to 2	San Miguel		
San Miguel	Psicologia	Covito Jimena Alejandra	1541644311	licjimenacovito@gmail.com	27295719988	Avellaneda 505	San Miguel		Lunes de 9,30 a 10,30 y Viernes 11,00 a 12,00 hs
San Miguel	Psicopedagogia	Maria Juliana Vieta	(15)3514-9876	julianavieta@gmail.com / etinfocontacto@gmail.com	27335612588	Av. Ricardo Balbin 963	San Miguel		
San Miguel	Fonoaudiologia	Mendoza Cuello Sandra Marcela	1562009169	sandracuello89@gmail.com	27954087994	Avellaneda 505	San Miguel		Martes 9,00 a 10,00 y jueves 9,30 a 10,30 hs
San Miguel	Psicologia	Serravalle Maria Paz	(15) 7367- 6597	pazserravalle@gmail.com	23360036804	Av. Ricardo Balbin 963 – 6to 2	San Miguel		
Santa Fe	Centro de Día	Granja Soles	(03402) 497-197	administracion@granjasoles.com.ar	3071070673	Juan Jose Paso 1496	Santa Fe		
santa fe	Transporte	Granja Soles	(03402) 497-197	administracion@grupomb.com.ar	3071070673	Juan Jose Paso 1496	santa fe		
Santa Rosa La Pampa	Terapia Ocupacional	Ordoñez Jorgelina	02954773202/15696408	jorgelinao@hotmail.com	27250634884	Luterkin 1637	Santa Rosa La Pampa		Lunes a Jueves de 15,10 a 15,50 hs
Santiago del Estero	Psicologia	Dursi Mollica Ramiro	0385- 4283722		20354762316	Av. Belgrano Sur N°2480	Santiago del Estero		
Santiago del Estero	Maestra de apoyo	Velazquez Rita Andrea	(0385)-155379112	ritavelazquez02@gmail.com	27255016682	Colegio mutualista Shishshila	Santiago del Estero		
Sarandi	Rehabilitacion integral simple	INSTITUTO DEL NIÑO S.R.L	4265-4313/4106	vanesahernandez@ideni.com.ar	30707744053	Independencia 144	Sarandi		
Villa Sarmiento Moron	Psicologia	Andreo Gabriela	1161499550	gabriela_andreo@hotmail.com	27371185386	Soler 449	Villa Sarmiento Moron		Miercoles y Jueves de 16,15 a 17,00 hs
Wilde	integracion escolar	Escuela I.I.W.E.N.	4207-5268	aschiero@hotmail.com	27044558373	M. Moreno 6158	Wilde		