



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

# **Instructivo 2025**

## **Afiliados con Certificado Único de Discapacidad**

Prestaciones  
Educativas / terapéuticas / transporte



# OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

## Presentación de solicitud de prestación.

El prestador será el encargado de confeccionar la carpeta para la presentación virtual para la solicitud de prestaciones para afiliados portantes de CUD. Solicitando previamente a la familia, la orden médica y el resumen de historia clínica, fotocopia de CUD, DNI y carnet de afiliación, del titular y beneficiario. Luego deberán anexar la documentación específica según prestación a solicitar.

En caso que la presentación sea desde un equipo interdisciplinario, podrán enviar una sola vez la documentación del afiliado, un solo resumen de historia clínica. **SIEMPRE** deben presentar en la orden medica la indicación explícita de la o las prestaciones a realizar. Indicando cantidad de sesiones semanales y periodo de prestación.

En caso de prestadores que realicen los traslados, solamente deberán presentar la orden médica y planilla FIM (en caso de corresponder) junto con los requisitos que se detallan en el anexo correspondiente.

La documentación debe ser enviada, una vez completa en su totalidad, por el prestador vía mail anexando en formato PDF a:

**renovaciones2025ospfesi qyp@gmail.com**

**Lo presentado queda sujeto a auditoria para su autorización**



# OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

## PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA DE PRESTACION POR DISCAPACIDAD

Pasos a seguir para realizar la presentación de prestaciones

### 1. Detalle de la documentación a presentar

#### 1.1 Datos del afiliado (Anexo 1.1)

Completar con los datos del afiliado beneficiario.

#### 1.4. Fotocopia del certificado de discapacidad (CUD). Carnet de afiliación. DNI **El CUD debe estar vigente** durante todo el transcurso de la prestación, caso contrario será dado de baja

#### 1.5. Resumen de historia clínica (Anexo 1.5) ( A cargo del médico tratante)

- El mismo debe ser original y puede ser realizada en el espacio correspondiente del instructivo vigente.
- Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario y actualizado. A su vez, deberá estar completa y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto.
- Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación
- La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

#### 1.6. Prescripción médica. (Anexo .1.6) (A cargo del médico tratante)

- La misma debe ser original y puede realizarse en el espacio correspondiente del instructivo vigente.
- La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03/2025 la fecha debe ser 28/02/2025 o anterior).
- Debe indicar los datos del afiliado
- Debe indicar el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). (Ejemplo: Febrero a Diciembre del 2025)
- La firma y el sello del profesional deben ser legibles.
- Si se solicitan prestaciones de apoyo, debe indicar **especialidad y cantidad semanal de sesiones** requeridas para cada una de ellas.
- Si se solicita concurrencia a Institución (Educativa, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario aclarar el tipo de jornada (simple o doble).



# OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

- En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, fundamentado en la prescripción. En la justificación clínica de solicitud de dependencia debe especificarse el puntaje en escala FIM. (Anexo 4). La misma puede ser confeccionada por el médico tratante o terapeuta ocupacional.
- La prescripción del tratamiento **NO** puede ser realizada por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
- Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como prestación a realizar.

## **LAS ORDENES MEDICAS PUEDEN SER CONFECCIONADAS EN EL INSTRUCTIVOS O ANEXADAS**

### **2. Documentación a presentar por el prestador**

#### **2.1 Planilla de los datos de la prestación a realizar (Anexo 2.1)**

Completar en la planilla los datos de la institución. **Importante** corroborar los medios de contacto (teléfonos actualizados, dirección vigente)

Datos del beneficiario, los datos de la prestación a brindar, deben concordar con el pedido médico. Indicar la jornada con los horarios.

En caso de instituciones, aclarar en la planilla si se retira algún antes del horario establecido o ingresa más tarde para recibir otra prestación.

En caso de Modulo de apoyo a la integración escolar (MAIE), indicar los días y horarios (Módulos establecidos) en los que se realiza el acompañamiento.

En caso que asista a escuela del estado, indicar los días de concurrencia, remarcando el MAIE. **Es obligatoria la presentación de acta de acuerdo en conjunto con la documentación de solicitud prestacional**

#### **2.2 Planilla con los datos de facturación (Anexo 2.2)**

Indicar **TODOS** los datos explicitados para recibir la transferencia correspondiente de las prestaciones a brindar.



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## 2.3 Planilla de consentimiento de prestación (Anexo 2.3)

Se debe completar los datos del afiliado y de la institución, con los horarios y módulos pre establecidos en modo de consentimiento. **Con el fin de que el prestador se comprometa a brindar los servicios especificados y la familia acepta la modalidad de dicho tratamiento.** Se debe completar una planilla por prestación a brindar. (No puede ser firma digital)

**En caso de modulo para la integración escolar, se debe presentar el pedido de la institución educativa en donde se realizará la prestación además del acta de acuerdo entre instituciones educativas.**

## **IMPORTANTE**

- ❖ ANEXAR DOCUMENTACION, REGISTROS DE INSCRIPCION PARA PRESTACIONES Y HABILITACIONES CORRESPONDIENTES. COMPROBANTE DE CERTIFICACION DE CBU EMITIDA POR EL BANCO. SEGURO DE PRACTICA PROFESIONAL. ALTA AFIP.
- ❖ ANEXAR PLANES DE TRABAJO CON OBJETIVOS PARA LA PRESTACION A REALIZAR EN EL PERIODO INDICADO. SI LA PRESTACION ES PRE EXISTENTE ANEXAR INFORMES DE FINALIZACION DE PERIODO DE INTERVENCION.
- ❖ MENSUALMENTE JUNTO CON LA FACTURACION SE DEBERÁ ENVIAR LA PLANILLA DE ASISTENCIA EMITIDA POR LA OBRA SOCIAL

El prestador (exceptuado transporte) deberá enviar un informe semestral (junto con la facturación vía correo electrónico) sobre los avances o características de las prestaciones realizadas indicando la adaptación del beneficiario a las mismas. Este informe debe estar poseer la firma, aclaración y datos que lo acredite del profesional responsable o institución prestadora y por algún familiar a cargo del beneficiario. La obra social podrá solicitar informes periódicos para la evaluación, por parte del equipo interdisciplinario propio, de la continuidad prestacional del beneficiario.



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## .3- Prestación de traslado

### 3.1 Indicación de traslado (anexo 3.1)

Completar el formulario con los datos indicados. Teniendo en cuenta que el mismo tiene carácter de declaración.

**La familia firmante acepta y es la encargada de corroborar y justificar, que se realicen los traslados en los días indicados y en el horario correspondiente.** Además de controlar que el vehículo indicado sea el que realice los traslados correspondientes. **En caso de solicitar dependencia, debe corroborar que siempre haya un acompañante durante todo el traslado.** También tiene la responsabilidad de informar, los días que no se realicen los traslados indicando los motivos.

El prestador se responsabiliza de cumplimentar los días de traslado establecidos y en el horario correspondiente. Utilizando en vehículo se detalla en los mismos formularios. También tiene la responsabilidad de informar, los días que no se realicen los traslados indicando los motivos.

### 3.2 Formulario de facturación de traslados (Anexo 3.2)

Los datos deben ser completados por el prestador con el consentimiento de la familia del beneficiario.

### 3.3 Datos del prestador. Datos del conductor. Datos del vehículo

Completar en la planilla los datos de la institución. **Importante** corroborar los medios de contacto (teléfonos actualizados, correo electrónico vigente)

### 3.4 Anexar

- Datos de Google Maps con los kilómetros a recorrer. Diarios (Ida y vuelta). Esto será justificativo de los km mensuales a facturar.
- Medida de Unidad funcional (FIM) en caso de solicitar dependencia. (Anexo 4)



# OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

- **Documentación del automotor**

- Fotocopia de cedula verde y título.
- Fotocopia de seguro, póliza de cobertura que incluya terceros transportados (Remis), Recibo de pago al día (Presentación mensual)
- Fotocopia de Verificación Técnica Vehicular (VTV) en vigencia para la actividad a desarrollar)
- Habilitación vehicular por autoridad competente según jurisdicción para la actividad a desarrollar
- Tarjeta de GNC actualizada, de corresponder
- Ficha de desinfección mensual. (Presentación mensual)

- **Documentación del conductor**

- Fotocopia del DNI del conductor.
- Fotocopia licencia de conducir profesional para el transporte de pasajeros
- Fotocopia de libreta sanitaria
- Certificado de antecedentes penales.



# OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

## **Presentación de solicitud.**

Lo presentado queda sujeto a auditoria para su autorización.

**La documentación debe ser enviada, una vez completa en su totalidad, por el prestador.** Vía mail (anexando en formato PDF lo solicitado) a:

**renovaciones2025ospfesi qyp@gmail.com**

No se podrán enviar archivos sueltos, ni por partes. Cada correo electrónico debe pertenecer solamente a UN BENEFICIARIO. El correo electrónico recibido debe contar con la totalidad de la documentación solicitada en este instructivo y en caso de revisión deberá ser reenviado en respuesta al original.

Queda sujeto a decisión de la OBRA SOCIAL, el periodo de autorización de cada prestación. Sus criterios de continuidad serán evaluados por el equipo interdisciplinario e informados con anticipación a las partes intervinientes.

Sera responsabilidad de la familia beneficiaria portante de CUD y del prestador solicitante, informarse acerca de los requisitos expuestos por nuestra obra social en el denominado instructivo 2025. Aceptando sus condiciones de solicitud.

Sera motivo de rechazo una prestación o servicio con un profesional o Institución, que no se encuentre habilitada. Inscripta en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o Agencia Nacional de Discapacidad (ex SNR). O que no se encuentre inscripta en el RUP (Registro Único de Prestadores). En caso de prestaciones no nombradas, deberá poseer titulación habilitante (en instituciones con reconocimiento Provincial o Nacional). Esto queda a criterio del equipo interdisciplinario del área de discapacidad.

**El inicio de las prestaciones sin autorización previa no obliga a la Obra Social a cubrir las prestaciones.**



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## DATOS DE FACTURACION

- Las facturas tienen que ser C o B
- CUIT de obra social es 30-71170394-9 Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos de Industrias Químicas y Petroquímicas **(exento)**.
- Dirección: Pavón 3707 CABA -Boedo- (CP. 1253)

## REGLAMENTACION PARA EL ENVIO DE FACTURACION MENSUAL

Las facturas mensuales **se reciben del 1 al 10 de cada mes**, mediante correo electrónico [DISCAPACIDAD@OSPFESIQYP.COM.AR](mailto:DISCAPACIDAD@OSPFESIQYP.COM.AR).

Luego de recibidas serán evaluadas para ser presentadas ante la SSS, en caso de haber un error, será notificado al prestador vía correo electrónico. El reenvío de la misma deberá realizarse dentro del periodo ya establecido para la recepción para ser evaluada y presentada.

**Su posterior pago se encuentra sujeto a las normativas vigentes estipuladas por el sistema de mecanismo de integración dispuesto por la SSS**

**Recepción fuera de término:** La facturación que se reciba desde el día 11 (once) de cada mes, quedará para ser evaluada y presentada en el mes próximo.

En caso de que el prestador envíe la factura con una demora mayor a 3 meses, a partir del período de prestación brindado, **no será recepcionada por la Obra Social como tampoco será responsable de cancelar dicha deuda**, que haya sido generada por la mora de la presentación del prestador.



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## **DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA Y FORMATO A PRESENTAR**

Planilla de asistencia firmada por prestador y afiliado/a con CUD. En caso de no estar en condiciones de firmar será el familiar quien acredite haber recibido la prestación. En el caso de Maestra de Apoyo y Apoyo a la Integración Escolar debiera incluir firma y sello de conformidad de la Institución Educativa.

**Factura: en formato PDF**, tal como se descarga de la web de AFIP (no se aceptará foto). Deberá enviarse **un mail por afiliado y por período prestacional**, indicando en el asunto: Apellido y nombre del afiliado / Período de prestación.

En las facturas se debe explicitar en la descripción. Datos del afiliado, DNI y N.º de afiliado, prestación realizada y el periodo de facturación. Jornada realizada. Categorización de la institución (en caso que la hubiese) AGD (en caso que corresponda). En caso de transporte presentar una factura por afiliado. Indicar en la descripción el traslado realizado (NO SE CONTEMPLARAN TRASLADOS QUE NO SE ENCUENTREN AUTORIZADOS)

En CANTIDAD indicar kms o cantidad de sesiones realizados en dicho periodo. En PRECIO UNITARIO el valor correspondiente (Según nomenclador Nacional).

**LA FACTURACION QUE NO CUMPLA ESTOS REQUISITOS SERA RECHAZADA**



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

**El reclamo de facturas impagas tendrá un periodo de resolución no mayor a tres meses de haber realizado la prestación. Posterior a este periodo el reclamo de facturación adeudada será rechazado.**

**Una vez abonado el período**, se deberá presentar el recibo “x” por el pago realizado indicando los datos de la factura cancelada. El mismo debe incluir: fecha, número de factura, importe y número de documento del afiliado.

## **CONSIDERACIONES GENERALES**

En los casos en que la persona con discapacidad por diversos motivos sea dado de baja de la Obra Social, se notificará al prestador el cese de autorización por parte de la misma, indicando hasta qué fecha queda vigente la autorización emitida oportunamente.

**EL PRESTADOR ACEPTA NUESTRAS CONDICIONES  
EXPLICITADAS EN ESTE DOCUMENTO UNA VEZ RECIBIDA LA  
AUTORIZACION FORMAL DESDE NUESTRA OBRA SOCIAL Y  
DA INICIO A LA PRESTACION SOLICITADA.**



# OSPFESIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Datos administrativos y responsables de áreas

- Teléfonos 011 4-921-6795/6422/4321.

- Encargada general

Lic. Capone Graciela [graciela.capone@ospfesiqyp.com.ar](mailto:graciela.capone@ospfesiqyp.com.ar)

- Tesorería (consulta y pagos) [tesorería@ospfesiqyp.com.ar](mailto:tesoreria@ospfesiqyp.com.ar)

- Área discapacidad. (Whatsapp) 11 4426 9326

[discapcidad@ospfesiqyp.com.ar](mailto:discapcidad@ospfesiqyp.com.ar)

- Responsable del área de discapacidad:

Lic. Donati, Juan Francisco. [Juan.donati@ospfesiqyp.com.ar](mailto:Juan.donati@ospfesiqyp.com.ar)

- Trabajo social

Lic. Mariana Sacristán [discapcidad@ospfesiqyp.com.ar](mailto:discapcidad@ospfesiqyp.com.ar)

- Administrativo:

Yaquinto, Ezequiel. [ezequiel.yaquinto@ospfesiqyp.com.ar](mailto:ezequiel.yaquinto@ospfesiqyp.com.ar)



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica

(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

# Anexos



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

(Anexo 1.1)	Datos del afiliado	FOTO
<b>Apellido y Nombre</b>		
<b>DNI</b>		
<b>Nº CUIL</b>		
<b>N Afiliado</b>		
<b>Fecha de Nacimiento</b>		
<b>Domicilio actual</b>		
<b>CP – Localidad</b>		
<b>Provincia</b>		
<b>Apellido y Nombre del padre</b>		
<b>Teléfono de contacto del padre</b>		
<b>Apellido y Nombre de la madre</b>		
<b>Teléfono de contacto de la madre</b>		



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Resumen de historia clínica (Anexo 1.5)

Por la presente el Medico/a.....

Del establecimiento o consultorio.....

Expresa del paciente.....

DNI..... Con F de N:..... Afiliado:.....

Cuyo CUD explícita.....

.....

El siguiente resumen de historia clínica:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del médico

Sello

Fecha

*Se debe completar una indicación por cada prestación solicitada*



# OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

## Pedido medico de prestación (Anexo 1.6)

Por la presente el Medico/a.....

Del establecimiento o consultorio.....

Expresa del paciente.....

DNI..... Con F de N:..... Afiliado:.....

CUIT.....

Cuyo CUD explicita.....

Requiere asistir a la prestación.....

Cantidad de estímulos semanales.....

Jornada.....

en el periodo de..... hasta ..... del año.....

Requiriendo alto grado de dependencia (AGD)      SI - NO

En caso de poseer alto grado de dependencia se debe adjuntar el FIM (Medida de unidad funcional) -Anexo 4-

.....  
Firma

.....  
Sello

.....  
Fecha



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Datos del prestador (anexo 2.1)

Nombre del Prestador:

DNI:

F de Nac:

Estado civil:

Prestación / Especialidad:

Número de matrícula/ CUE:

RNP:

Venc.:

Domicilio de atención:

C.P.:

Localidad.:

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ )

Mail de contacto:

CUIT:

Condición:

CBU:

Beneficiario Causante:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a brindar :

Con almuerzo: Si - No

Categoría:

Período:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>Horario</b>	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

.....  
Firma del responsable

.....  
Aclaración

.....  
Sello institucional/ Profesional



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Presupuesto Instituciones Educativas / Apoyo a la Integración Escolar/ Profesionales (Anexo 2.2)

Fecha de Emisión:

Beneficiario:

Prestador/Especialidad:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:

Con almuerzo: Si - No

Sesiones semanales:

Categoría:

Período (Ciclo Lectivo):

Monto mensual:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a auditoria): SI -NO

CBU:

.....

Firma del responsable

.....

Aclaración

.....

Sello institucional/ Profesional



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Planilla de consentimiento de prestación (Anexo 2.3)

(A cargo de la familia)

.....de.....de 201....

Por la presente ..... DNI.....  
*Nombre y apellido del titular*

Dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que

.....  
*(Razón social o nombre del prestador)*

sito en la calle .....  
*(Domicilio, localidad, provincia)*

brinda a mi.....  
*(Parentesco) (Apellido y Nombre - DNI)*

Por el periodo.....  
*(Desde – hasta)*

Bajo la modalidad de.....  
*(Prestación y tipo de jornada u horarios, aclara si es con servicio de comedor – indicar la dependencia en caso de corresponder)*

*En caso de poseer más de una prestación completar más de una declaración. Además de la siguiente grilla en la última declaración:*

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>Prestación</b>						
<b>Horario</b>	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma (familiar)

Aclaración (familiar)

DNI( familiar)

Firma responsable( Prestador)

Aclaración (Prestador)

sello (Prestador)



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Acta Acuerdo. Integración Escolar (Anexo2.4)

Fecha.....

En el día de la fecha, en la ciudad de.....

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

con domicilio sito en..... Por otra parte la

integración a cargo de ..... representada

por la Escuela / Maestra de Apoyo / Equipo de Apoyo a la Integración  
Escolar / Acompañante terapéutico (tachar lo que no corresponda).

Representada por el familiar a cargo del niño/a.....

con DNI .....para llevar a cabo la Integración en el Año/Sala

.....Turno ..... Donde se detallan los siguientes horarios:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma y sello de  
La Escuela Común  
Donde se realiza la  
Integración

Firma del Padre/  
Madre/Tutor

Firma y sello de  
Maestra/Equipo de  
AIE/A.T

Aclaración.....

Aclaración.....

Aclaración.....



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## 3- Prestación de traslado (Anexo 3.1)

(Completar el número de planillas según traslados se realicen)

Estos datos tienen carácter de declaración jurada

Fecha de Emisión:...../...../.....

Beneficiario Causante:.....

DNI:.....

Transporte:

**Ida:**

Desde.....

(Aclara si el domicilio de partida no es el domicilio declarado por la familia)

Hasta:.....

(Aclara la institución o prestación donde finaliza el traslado)

Kilometraje. a realizar:.....

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora						

**Vuelta:**

Desde.....

(Aclara la institución o prestación donde finaliza el traslado)

Hasta:.....

(Aclara si el domicilio de partida no es el domicilio declarado por la familia)

Kilometraje a realizar:.....

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora						



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Presupuesto de transporte ((Anexo3.2)

Fecha de Emisión:...../...../.....

Beneficiario Causante:.....

DNI:.....

Prestación a brindar Transporte Especial a.....

Período: .....

Cronograma: Día	Km Ida	Km vuelta	Km Ida + Vuelta
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

Días mensuales (hasta)..... Viajes mensuales (hasta).....

Monto por Km.: ..... Total Km. mensuales: .....

Monto mensual:.....

Adicional dependencia 35% (Sujeto a auditoria): SI -NO

**Monto mensual total:.....( son )**

.....  
Firma (familiar)

.....  
Aclaración (familiar)

.....  
DNI( familiar)

.....  
Firma responsable (Prestador)

.....  
Aclaración (Prestador)

.....  
DNI (Prestador)



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Datos del prestador (Transporte) (anexo 3.3)

Nombre del Prestador:

DNI:

F de Nac:

Estado civil:

Razón social:

Prestación:

Domicilio:

C.P.:

Prov.:

Teléfono: ( )

Mail de contacto:

CUIT:

Condición:

CBU:

Beneficiario Causante:

## Datos del conductor

Nombre y apellido:

F. Nac:

N° de Licencia de conducir:

Vencimiento:

Domicilio:

CP:

Prov:

Teléfono: ( )

Mail de contacto:



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P. 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

## Datos del vehículo

Vehículo:

Tipo:

Marca:

Modelo:

Año:

Dominio:

Titular:

DNI:

Compañía de Seguros:

Póliza N°

**SE DEJA CONSTANCIA QUE LA DOCUMENTACION PRESENTADA TIENE  
CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. CUALQUIER ALTERACION DE  
LA INFORMACION SUMINISTRADA ES MOTIVO DE BAJA DE SERVICIO Y  
SE ENCONTRARA A CRITERIO DE NUESTRA OBRA SOCIAL EL  
RECONOCIMIENTO DE LA PRESENTACION DE LA FACTURACION**



# OSPFESI QYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesi qyp.com.ar // www.ospfesi qyp.com.ar

## Medida de Independencia Funcional (Anexo4)

Nombre y Apellido:

F. de Nac.:

Af. N°:

Diagnóstico:

Auto Cuidado	Actividad	Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4	Vestirse parte superior ( implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
5	Vestirse parte inferior ( implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis)	
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño)	
<b>Control de Esfínteres</b>		
7	Controlar intestino (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8	Controlar vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
<b>Transferencia</b>		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10	Transferencia a toilette (implica sentarse y salir del inodoro)	
11	Transferencia a la ducha o bañera ( implica entrara y salir de la bañera o ducha)	
<b>Locomoción</b>		
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)	



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
<b>Comunicación</b>		
14	Comprensión (implica la el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
<b>Conexión</b>		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18	Memoria(implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
<b>Puntaje FIM TOTAL</b>		

## FORMULARIO CUALITATIVO

### DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACION: 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?

.....  
.....



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

3. HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la 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 etc

.....  
.....

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 INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la Evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación.

.....  
.....

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.

.....  
.....



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. 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.

.....  
.....

13. ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.

.....  
.....

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

.....  
.....

15. EXPRESION: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....  
.....



# OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos  
de la Industria Química y Petroquímica  
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422  
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

16. INTERACCION SOCIAL: Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas

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

17. RESOLUCION DE PROBLEMAS: implica resolver problemas cotidianos.

.....  
.....

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

.....  
.....

## Resultado de evaluación funcional

### Porcentaje total:

Grado de dependencia:                      Total                      Parcial                      No requiere  
(Tachar lo que no corresponde)

Equipo Evaluador/ Médico tratante (firma, aclaración, sello)

.....

Fecha de evaluación:.....

*El reconocimiento del alto grado de dependencia queda sujeto auditoria*

