

INSTRUCTIVO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD AÑO 2024

Aclaraciones preliminares:

- Lea atentamente el instructivo. Será indispensable la presentación de la documentación que se detalla en el mismo para la cobertura que requiera. Ante cualquier duda, podrá comunicarse con su delegación.
- Para el inicio de las prestaciones, el afiliado deberá recibir de la OSDoP una "autorización aprobatoria". La misma es anual, según año calendario, consignando periodos de cobertura, prestadores y montos estipulados.
- El equipo interdisciplinario de esta Obra Social podrá solicitar documentación respaldatoria adicional y realizar seguimiento de las prestaciones mediante auditorias.

DETALLE DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

Entregar en **forma conjunta**.

De ser digital, el formato deberá ser **PDF**.

Firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.

De presentar enmiendas, tachaduras o cambio de tinta y letra, deberá estar salvada con firma y sello del profesional. Toda la documentación debe ser totalmente **LEGIBLE** y contar con fecha de emisión previa al periodo solicitado.

Del Afiliado:

1. Certificado Único de Discapacidad vigente – Es indispensable para gestionar la cobertura.
2. Conformidad prestacional para el año 2024.
3. Formulario de Solicitud de Cobertura Especial.
4. En caso de encontrarse escolarizado, enviar Constancia de Alumno Regular año 2024 al inicio y luego al fin de ciclo lectivo.

Del Médico:

Acorde a la edad y patología de la PcD. Ajeno a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. Toda la documentación debe ser emitida por el mismo.

1. Resumen de Historia Clínica confeccionado por médico tratante, detallando antecedentes significativos, estado actual, evolución del cuadro, medicación actual, esquema terapéutico, etc.
2. Prescripción médica para el año 2024, especificando:
 - Datos completos del afiliado (Apellido y Nombre, N° de Afiliado, DNI).
 - Diagnóstico.
 - Prestación requerida (Ej. Fonoaudiología, Centro de Día, etc.).
 - Cantidad/frecuencia de sesiones semanales (Ej. 2 sesiones semanales).
 - Tipo de Jornada Simple o Doble, en aquellos casos de concurrencia a Instituciones Educativas y Centros de Tratamiento (CET, Escuela Especial, Centro de Día, etc.).

- Período de cobertura de prestación completo: meses y año (Ej. Marzo a Diciembre 2024). *En el caso de solicitar prestaciones en el mes de enero, el médico debe justificar la imposibilidad del afiliado de gozar de un receso en sus tratamientos.*
- En el caso de corresponder Dependencia, la misma debe ser indicada y se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la FIM confeccionado por el médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional acorde a la prestación.
- En el caso de solicitar transporte, se deberá presentar formulario de pedido médico y planilla de Solicitud de Transporte. La indicación debe aclarar destino de traslado, no direcciones (Ej. A Rehabilitación, Escuela, etc.). En la planilla, el médico tratante deberá emitir justificación y razones clínicas por las cuales el afiliado se vea imposibilitado de utilizar el transporte público y gratuito junto a un acompañante.
- Firma y sello del médico.

Del Prestador:

1. Presupuesto de prestación (Instituciones, Profesionales, Transporte).
2. Informe de evaluación inicial / Informe evolutivo / cierre de la prestación.
3. Plan de abordaje individual.
4. Documentación Habilitante.

Recordar que se debe presentar Informe de seguimiento semestral a los 180 días de iniciada la prestación.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A PRESTADORES

1. Presupuesto de Especialidad – Es indispensable que el mismo cuente con la siguiente información:
 - Fecha de emisión completa.
 - Datos de contacto del profesional (Teléfono, mail, etc).
 - Domicilio en donde se realizará la prestación.
 - Nro. de C.U.I.T.
 - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido – N° Afiliado.
 - Prestación (Ej: Psicología).
 - Periodo completo que abarca el presupuesto (meses y año).
 - Cantidad de sesiones semanales y mensuales.
 - Informar días y horarios completos de sesiones.
 - Valor por sesión individual y el importe mensual, de acuerdo a los valores de normativa vigente.
 - En caso de corresponder el Plus Patagónico, debe encontrarse discriminado.
2. Informe:
 - En el caso que la prestación sea NUEVA, se deberá presentar **Informe de Evaluación Inicial** donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. En caso de tratarse de un cambio de prestador también debe presentar un **Informe de Cierre** del prestador anterior.
 - En caso que la prestación sea CONTINUIDAD, se deberá presentar **Informe Evolutivo** del tratamiento brindado el año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la Pcd y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Plan de abordaje individual, en el cual consten: periodo, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
4. Registro Nacional de Prestadores (RNP) acorde a la localidad/jurisdicción de atención vigente.

Recordar que se debe presentar Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada, a los 180 días de su autorización, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la Pcd y su núcleo de apoyo, evolución de los objetivos planteados en el Plan de abordaje.

Deberá contar con datos del Afiliado completos. Todas las hojas deben estar numeradas, firmadas y selladas.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A INSTITUCIONES

1. Presupuesto de Instituciones – Es indispensable que el mismo cuente con la siguiente información:
 - Fecha de emisión completa.
 - Datos de contacto de la institución (Teléfono, mail, etc.).
 - Domicilio donde se realizará la prestación.
 - Nro. de C.U.I.T.
 - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido – N° Afiliado.
 - Prestación (Ej. Escuela Especial, Centro de Día, etc.).
 - Periodo completo que abarca el presupuesto (meses y año).
 - Modalidad (Ej. Jornada Doble/Simple; Módulo Integral Simple/Intensivo).
 - Informar días y horarios completos de concurrencia.
 - Valor mensual de la prestación a valor de normativa vigente.
 - En caso de corresponder la Dependencia, debe encontrarse discriminado.
 - En caso de corresponder el Plus Patagónico, debe encontrarse discriminado.
2. Informe:
 - En el caso que la prestación sea NUEVA, se deberá presentar **Informe de Evaluación Inicial** donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. En caso de tratarse de un cambio de prestador también debe presentar un **Informe de Cierre** del prestador anterior.
 - En caso que la prestación sea CONTINUIDAD, se deberá presentar **Informe Evolutivo** del tratamiento brindado el año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la Pcd y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados
3. Plan de abordaje individual, en el cual consten: periodo, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
4. En el caso de Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar, deberán presentar informe confeccionado por Trabajador Social (ajeno a la institución).
5. Inscripción y categorización del establecimiento emitida por el Registro Nacional de Prestadores (RNP) o por la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) para los fines considerados en los presupuestos.

En el caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Centro de Día, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro Educativo Terapéutico se deberá contar con el informe cualitativo y cuantitativo de la FIM confeccionada por un Lic. en Terapia Ocupacional (perteneciente a la Institución) y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.

Recordar que se debe presentar Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada, a los 180 días de su autorización, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la PcD y su núcleo de apoyo, evolución de los objetivos planteados en el Plan de abordaje.

Deberá contar con datos del Afiliado completos. Todas las hojas deben estar numeradas, firmadas y selladas.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A INTEGRACIÓN ESCOLAR

1. Presupuesto de Apoyo a la Integración Escolar/Maestra de Apoyo – Es indispensable que el mismo cuente con la siguiente información:
 - Fecha de emisión completa.
 - Datos de contacto de la Institución, equipo integrador o profesional que brinde la integración. (Teléfono, mail, etc).
 - Domicilio donde se realizará la prestación.
 - Nro. de C.U.I.T.
 - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido – N° Afiliado.
 - Prestación (Ej. Módulo de Apoyo de Integración Escolar o Módulo de Maestro de apoyo).
 - Periodo completo que abarca el presupuesto (mes y año).
 - Valor por hora/módulo según arancel de normativa vigente.
 - Informar días y horarios completos de concurrencia.
 - En caso de corresponder el Plus Patagónico, debe encontrarse discriminado.
2. Informe:
 - En el caso que la prestación sea NUEVA, se deberá presentar **Informe de Evaluación Inicial** donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. En caso de tratarse de un cambio de prestador también debe presentar un **Informe de Cierre** del prestador anterior.
 - En caso que la prestación sea CONTINUIDAD, se deberá presentar **Informe Evolutivo** del tratamiento brindado el año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la Pcd y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Plan de abordaje individual con período lectivo, institución educativa, grado/año correspondiente y detalle de adecuación curricular.
4. Documentación Habilitante:
 - Apoyo a la Integración Escolar: Inscripción de la Institución en la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) o Junta Categorizadora.
 - Maestra de Apoyo: Título habilitante y Certificado Analítico con sellos ministeriales (Profesor/a Especial o Psicopedagogo/a).

Deberá ser presentado dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo/comienzo de prestación:

- Constancia de alumno regular emitida por la Institución Educativa (inicio y luego, al fin de ciclo lectivo).
- Acta Acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Informando días, horarios y ciclo lectivo de Integración.

Recordar que se debe presentar Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada, a los 180 días de su autorización, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la PcD y su núcleo de apoyo, evolución de los objetivos planteados en el Plan de abordaje.

Deberá contar con datos del Afiliado completos. Todas las hojas deben estar numeradas, firmadas y selladas.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA A TRANSPORTE

Cabe aclarar que la OSDoP brinda dicha cobertura a todos aquellos beneficiarios que, por su patología, no puedan hacer uso del transporte público gratuito con acompañante.

1. Presupuesto de Transporte – Es indispensable que el mismo cuente con la siguiente información:
 - Fecha de emisión completa.
 - Datos de contacto del transportista (Teléfono, mail, etc).
 - Nro. de C.U.I.T.
 - Datos del Beneficiario: Nombre y Apellido – N° Afiliado.
 - Periodo completo que abarca el presupuesto (meses y año).
 - Domicilio de partida: Debe especificar la dirección exacta donde comienza el viaje (Ej. domicilio del afiliado: Mitre 2233 – Yerba Buena – Tucumán). Informar días y horarios.
 - Domicilio de llegada: Debe especificar la dirección exacta e indicar destino (Ej. Escuela: Perón 2625 – Yerba Buena – Tucumán). Informar días y horarios.
 - Cantidad de kilómetros por viaje (aclarar si son ida y vuelta).
 - Cantidad total de kilómetros mensuales.
 - Valor por kilómetro, por viaje y mensual.
 - En caso de corresponder la Dependencia, debe encontrarse discriminado e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.
 - En caso de corresponder Plus Patagónico, debe encontrarse discriminado.
 - Conformidad del diagrama de traslados firmada por la PcD / familiar responsable/tutor.
2. Documentación del vehículo: Habilitación, Verificación técnica vehicular (VTV) y Póliza de Seguro vigente.
3. Licencia de conducir automotores para servicios de transporte de pasajeros vigente (Clase D).
4. En el caso de solicitar dependencia, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la FIM confeccionado por el médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional. Se recuerda que la misma corresponderá sólo a mayores de 6 años de edad.

En caso de que la habilitación y la póliza de seguro presenten diferentes titulares, deberán adjuntar nota aclaratoria donde conste el vínculo.

Deberá contar con datos del Afiliado completos. Todas las hojas deben estar numeradas, firmadas y selladas.

MODELOS DE FORMULARIOS

- **Conformidad por las prestaciones** firmada por la PcD/familiar responsable/tutor.
- **Historia Clínica** completa y firmada por el médico tratante.
- **Pedido Médico** completo y firmado por el médico tratante.
- **Informe Cuantitativo y Cualitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)** completo y firmado por el médico tratante/Lic. En Terapia Ocupacional, según corresponda (institución/transporte).
- **Pedido Médico y Solicitud de Transporte** completo y firmado por el médico tratante.
- **Presupuesto de Transporte** completo y firmado por el prestador y conformidad por la PcD/familiar responsable/tutor.
- **Presupuestos de Especialidades/Instituciones** completo y firmado por el prestador.

CONFORMIDAD PRESTACIONES AÑO 2024

Fecha: ___/___/___

Apellido y Nombre del beneficiario: _____

Número de Afiliado: _____

Doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles:

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

2. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

3. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

4. Prestación: _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde: _____ hasta: _____

Firma

Aclaración

D.N.I.

Parentesco

HISTORIA CLÍNICA

Apellido y Nombre:

Fecha: ___/___/___

Fecha de Nacimiento:

Edad:

OSDOP - Nro. de Afiliado:

Diagnóstico/Capacidad funcional (sensorial, mental, motora):

Antecedentes Significativos (Esquema Terapéutico/Educativo recibido hasta la fecha):

Evolución del paciente en el último año y estado actual:

Firma y Sello

Aclaración

PEDIDO MÉDICO

Fecha: ___/___/___

Apellido y Nombre del Afiliado: _____

Nº de Documento: _____ Nº de Afiliado: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Se solicita:

Prestación (Tipo de prestación / Cantidad de sesiones semanales / Tipo de Jornada):

Período 2024: desde: _____ hasta: _____

Firma y sello
Médico Tratante

Aclaración

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Fecha: ___/___/___

Apellido y Nombre del Afiliado: _____

Nº de Documento: _____ Nº de Afiliado: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Informe Cuantitativo

Cada ítem es puntuado del 1 a 7 de la siguiente manera:

GRADO	ESCALA	PUNTAJE
SIN	Independencia completa	7
AYUDA	Independencia modificada	6
DEPENDENCIA	Supervisión	5
PARCIAL	Asistencia mínima <i>(mayor del 75% de independencia/ hasta 94 puntos)</i>	4
DEPENDENCIA	Asistencia moderada <i>(mayor del 50% de independencia/ hasta 63 puntos)</i>	3
TOTAL	Asistencia máxima <i>(mayor del 25% de independencia/ hasta 31 puntos)</i>	2
	Asistencia total <i>(menor del 25% de independencia/ menos de 31 puntos)</i>	1

ACTIVIDAD	ITEM	PUNTAJE
Autocuidado	1. Alimentación (uso de utensilios, masticar y tragar comida)	
	2. Arreglo personal (lavarse cara y manos, peinarse, lavarse los dientes, afeitarse o maquillarse)	
	3. Bañarse (aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)	
	4. Vestirse parte superior (vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
	5. Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharlos, así como colocar ortesis o prótesis)	
	6. Uso del baño (mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
Control de esfínteres	7. Control de la vejiga (control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
	8. Control del intestino (control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
	9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas (pararse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie)	
Movilidad	10. Traslado en baño (sentarse y salir del inodoro)	
	11. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas (entrar o salir de la bañera o ducha)	
Ambulación	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas (caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
	13. Subir y bajar escaleras (subir y bajar escalones)	
Comunicación	14. Comprensión (entender la comunicación auditiva o visual. Ej. escritura, gestos, signos, etc.)	
	15. Expresión (expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conocimiento social	16. Interacción social (habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
	17. Solución de problemas (resolver problemas cotidianos)	
	18. Memoria (habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	

*Todos los ítems se deben valorizar.

Total FIM:

Firma y sello
Médico Tratante / Lic. En Terapia Ocupacional
Según corresponda

Aclaración

PEDIDO MEDICO Y SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Fecha: ___/___/___

Apellido y Nombre del Afiliado: _____

Nº de Documento: _____ Nº de Afiliado: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Se solicita:

Transporte a prestación (especificar destino, no dirección):

Período 2024: desde: _____ hasta: _____

Dependencia: SI / NO

Justificación médica indicando causas clínicas de la solicitud de transporte especial:

Firma y sello
Médico Tratante

Aclaración

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - TRANSPORTE

Fecha: ___/___/___

Afiliado: _____ N° de Afiliado: _____

Empresa: _____ N° de Cuit: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Destino 1 - Prestación _____ desde: ___/___/24 hasta: ___/___/24

Domicilio de partida _____

Domicilio de llegada _____

Cantidad viajes semanales _____ Cantidad viajes mensuales _____

Cantidad KM por viaje: _____ Cantidad KM por mes _____

Días y horarios: _____

Precio por KM: _____ Precio por km mensuales _____

Marcar Ida Vuelta Ida y vuelta

Destino 2 - Prestación _____ desde: ___/___/24 hasta: ___/___/24

Domicilio de partida _____

Domicilio de llegada _____

Cantidad viajes semanales _____ Cantidad viajes mensuales _____

Cantidad KM por viaje: _____ Cantidad KM por mes _____

Días y horarios: _____

Precio por KM: _____ Precio por km mensuales _____

Marcar Ida Vuelta Ida y vuelta

Destino 3 - Prestación _____ desde: ___/___/24 hasta: ___/___/24

Domicilio de partida _____

Domicilio de llegada _____

Cantidad viajes semanales _____ Cantidad viajes mensuales _____

Cantidad KM por viaje: _____ Cantidad KM por mes _____

Días y horarios: _____

Precio por KM: _____ Precio por km mensuales _____

Marcar Ida Vuelta Ida y vuelta

Adicional por dependencia SI NO Valor por dependencia _____

Adicional por Plus Patagónico SI NO Valor por Plus Patag. _____

Total mensual en km de todos los trayectos _____

Total mensual en pesos de todos los trayectos _____

En caso de requerir Dependencia, especificar Apoyos que se brindarán: _____

Firma y sello Transportista

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al diagrama de traslado precedente:

Firma y Aclaración - Afiliado - Parentesco

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - ESPECIALIDADES

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de Cuit: _____

Email: _____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

DNI: _____ N° de Afiliado: _____

Especialidad	Sesiones Semanales	Sesiones Mensuales	Valor por Sesión (\$)	Valor Mensual (\$)

Adicional por Plus Patag. **SI** **NO** Valor por Plus Patag \$ _____

Total: \$ _____

Período de la prestación:

Desde (Mes): _____ 2024 Hasta (Mes): _____ 2024

Cronograma de asistencia:

Días	Lunes De:/A:	Martes De:/A:	Miércoles De:/A:	Jueves De:/A:	Viernes De:/A:	Sábado De:/A:	Domingo De:/A:
Horarios							

Observaciones: _____

Firma y sello
Profesional

Aclaración

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - CENTROS DE REHABILITACIÓN / ET

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de Cuit: _____

Email: _____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

DNI: _____ N° de Afiliado: _____

Modalidad	Sesiones Semanales	Valor Módulo (\$)

Adicional por Plus Patag. **SI** **NO** Valor por Plus Patag \$ _____

Total: \$ _____

Período de la prestación:

Desde (Mes): _____ 2024 Hasta (Mes): _____ 2024

Cronograma de asistencia:

Especialidad	Lunes De:/A:	Martes De:/A:	Miércoles De:/A:	Jueves De:/A:	Viernes De:/A:	Sábado De:/A:

Observaciones: _____

Firma y sello
Profesional

Aclaración

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - INSTITUCIONES

Lugar: _____

Fecha: __/__/__

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de Cuit: _____

Email: _____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

DNI: _____ N° de Afiliado: _____

Modalidad	Tipo de Jornada	Valor Módulo (\$)

Adicional por dependencia **SI** **NO** Valor por dependencia \$ _____

Adicional por Plus Patagónico **SI** **NO** Valor por Plus Patag. \$ _____

Total: \$ _____

Período de la prestación:

Desde (Mes): _____ 2024 Hasta (Mes): _____ 2024

Cronograma de asistencia:

Días	Lunes De:/A:	Martes De:/A:	Miércoles De:/A:	Jueves De:/A:	Viernes De:/A:	Sábado De:/A:	Domingo De:/A:
Horarios							

Observaciones: _____

Firma y sello
Profesional

Aclaración

DISCAPACIDAD - PRESUPUESTO - INTEGRACIÓN ESCOLAR

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Razón social del prestador: _____

Domicilio de atención: _____

Localidad / Provincia: _____

Teléfono: _____ N° de Cuit: _____

Email: _____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

DNI: _____ N° de Afiliado: _____

Modalidad	Horas mensuales	Valor hora (\$)	Valor Módulo (\$)

Adicional por Plus Patag. **SI** **NO** Valor por Plus Patag \$ _____

Total: \$ _____

Período de la prestación:

Desde (Mes): _____ 2024 Hasta (Mes): _____ 2024

Cronograma de asistencia:

Lugar	Lunes De:/A:	Martes De:/A:	Miércoles De:/A:	Jueves De:/A:	Viernes De:/A:	Sábado De:/A:
En la institución educativa						
En consultorio / domicilio						

Nombre de la Institución educativa: _____

Dirección: _____

Observaciones: _____
