

COBERTURA POR DISCAPACIDAD

Año 2026 SUPERCO

Estimado Afiliado:

Le informamos que las prestaciones para el próximo periodo 2026 se autorizaran en forma anual.

Para dar cumplimiento a lo solicitado por la Superintendencia de Servicios de Salud, la documentación y anexos a presentarse (detallados en este instructivo), formaran el legajo anual de cada afiliado discapacitado. Dicho legajo deberá estar COMPLETO EN LA OBRA SOCIAL SUPERCO, CON ANTERIORIDAD AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

Si la documentación y anexos no se encontraran completos, la Obra Social SUPERCO no abonara facturas de afiliados discapacitados que tengan incompleto su legajo.

Constancia de recepción de Instructivo 2026: Enviar acuse de recepción al mail de superco.integracion@gmail.com

La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales. Todo debe ser legible.

Mail para envío de documentación y consultas Cualquier duda con respecto a la documentación, u otro punto indicado en este instructivo dirigirse a: **superco.integracion@gmail.com**

INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2 0 2 6

INDICE

Documentación:

A- Para los Padres/Responsable	Pág. 3
B- Para los Médico de Cabecera/Tratante.....	Pág. 4
C- Para las Instituciones con prestaciones de jornada simple o doble	Pág. 6
D- Para las Instituciones o profesionales con prestaciones por sesión o apoyo a la integración escolar.....	Pág. 9
E- Para los Transportistas.....	Pág. 12
Cambios en la cobertura autorizada.....	Pág. 15
Preguntas frecuentes.....	Pág. 16
Anexos	
• Anexo I.....	Pág. 19
• Anexo II a)	Pág. 20
• Anexo II b).....	Pág. 21
• Anexo III	Pág. 22
• Anexo IV	Pág. 26
• Anexo V	Pág. 27

Documentación a presentar

A- PARA LOS PADRES / RESPONSABLES / PcD (Persona con discapacidad)

- 1) Fotocopia del CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD extendido por autoridad Nacional o Provincial de competencia cuya fecha de vencimiento se encuentre vigente. En caso de que el certificado venza en el transcurso del año 2026, deberán enviar un nuevo certificado para continuar recibiendo las correspondientes prestaciones y pagos.
- 2) Anexo I- DATOS DEL BENEFICIARIO: se deberá completar el Anexo I (pág. 19)
- 3) Anexo II a) y b) CONFORMIDAD DE PRESTACIONES 2026 (págs. 20 y 21)
Deberá estar completo, firmado y aclarado por persona con discapacidad/padre/madre o tutor responsable.

IMPORTANTE: Completar y firmar el Anexo II a) con todas las prestaciones, en caso de que sean más de 4 prestaciones, enviar otra hoja de Anexo II a) con el resto de las prestaciones.

Completar y firmar el Anexo II b) uno por cada recorrido que realice el beneficiario.

- 4) CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR EN ORIGINAL se deberá presentar este certificado emitido con fecha 2026, indicando Nro de CUE del establecimiento, en los siguientes casos:

- Apoyo a la Integración Escolar o Maestra de apoyo es requisito obligatorio la presentación de la Constancia de Alumno Regular de la Escuela de Educación Común.
- Si se solicita una sola terapia es requisito obligatorio la presentación de la Constancia de Alumno Regular de la Escuela de Educación Común o Especial. Por ejemplo: si solo recibe sesiones de kinesiología, deberá presentar obligatoriamente la constancia de alumno regular.
- Transporte a la escuela, es requisito obligatorio la presentación de la Constancia de Alumno Regular de la Escuela de Educación Común o Especial en forma MENSUAL, cuando se solicite transporte a la escuela

IMPORTANTE: En la constancia de alumno regular deberá figurar el número de CUE de la institución educativa a la que concurre

B- PARA EL MEDICO DE CABECERA Y/ O TRATANTE:

1. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ORIGINAL ACTUALIZADO (*) y confeccionado por el Médico de cabecera y/o tratante donde conste:
 - Fecha del Resumen de Historia Clínica: debe ser ANTERIOR al comienzo de la prestación.
 - Tipo de discapacidad indicando la evolución de la enfermedad y aquellos datos relevantes para el tratamiento prescripto. (No se aceptará solamente el diagnóstico).
 - Firma del Resumen de Historia Clínica: debe estar firmada y sellada en forma legible por el médico. Toda enmienda deberá ser firmada y sellada nuevamente por el médico.
2. PEDIDO MEDICO (*) (**) confeccionado en ORIGINAL por el Médico de cabecera y/o tratante, quien NO deberá pertenecer a la Institución donde se realiza la prestación o tratamiento, donde conste:
 - Fecha del Pedido Médico: debe ser ANTERIOR al comienzo de la prestación.
 - Nombre y apellido del beneficiario de la prestación.
 - Periodo de prestación indicada en el pedido medico: desde-hasta (mes y año). Se indicará en que mes del año 2026 comienza y termina la prestación solicitada
 - Tratamiento solicitado en el pedido medico:
 - a- TERAPIAS (ejemplo: kinesiología, fonoaudiología, psicología etc...) detallar cual es la terapia solicitada, e indicar en forma clara la cantidad de sesiones a realizar en forma semanal y/o mensual. No será válido el pedido médico que solo indique atención ambulatoria o tratamiento cognitivo conductual, sin indicar el tipo de terapia que se está solicitando. NO se aceptaran ordenes médicas que incluyan varias terapias, sino que cada terapia deberá estar en un pedido medico distinto.
 - b- MAESTRA DE APOYO O APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR.
El pedido medico solicitara:
 - Maestra de apoyo si la prestación será brindada por un profesional con título de incumbencia pedagógica (maestra especial, Lic. en psicopedagogía), que será quien emita la facturación. No podrá ser brindada por un psicólogo por no tener incumbencia pedagógica.
 - Apoyo a la integración escolar si la prestación será brindada por Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados, que estén nucleados en una institución habilitada para brindar apoyo a la integración escolar, la cual será la emisora de la facturación
 - c- TRANSPORTE PRIVADO, el pedido deberá solicitar el transporte, detallando para que terapia se requiere. Se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.
 - d- INSTITUCION ESCOLAR, CENTRO DE DIA, Y CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO en el pedido medico se debe indicar si el tipo de Jornada es Simple o Doble.
 - e- HOGAR Y RESIDENCIA, se deberá indicar si es de lunes a viernes, o permanente, y si es con centro de día, educativo terapéutico, formación laboral, preprimaria, o primaria. Además el médico deberá indicar los motivos que hacen imposible la permanencia del beneficiario en su hogar. Dicho requisito es excluyente. •

3. ANEXO III -DEPENDENCIA, (necesidad de asistir al paciente) solo se autorizara a personas mayores de 6 años. El terapeuta ocupacional o médico de cabecera en caso de que el afiliado no cuente con un terapeuta ocupacional deberá completar el ANEXO III denominado FIM (pág. 22).
El resultado de la suma de los ítems del formulario FIM (Medida de independencia Funcional) deberá ser inferior a 50 para justificar la necesidad de Dependencia.

(*) Nota aclaratoria de la Historia Clínica y Pedido Médico: antes del comienzo de la primera prestación solicitada. Ejemplo: si la primera prestación se solicitara para ser brindada desde el 01/03/2026, el Resumen de Historia Clínica y los Pedidos Médicos deberían presentarse durante Enero o Febrero 2026 y tendrán una fecha de emisión anterior al inicio de la prestación.

(**) Firma del Pedido Medico original: debe estar firmado y sellado en original por el médico, en forma legible. Toda enmienda deberá ser firmada y sellada nuevamente por el médico en original

IMPORTANTE: el pedido médico deberá resultar claramente legible

C – PARA LAS INSTITUCIONES QUE BRINDEN PRESTACIONES CON JORNADA SIMPLE O DOBLE (Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Pequeño Hogar, Escolaridad Pre-Primaria, Escolaridad Primaria, Formación Laboral y Hospital de Día)

- 1) Presupuesto prestacional: en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla (Anexo IV- pág. 26). Si se cobra Dependencia se deberá detallar mediante nota que atención adicional se le brindara, que justifique el cobro de la dependencia.
- 2) Plan de abordaje individual: con los objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- 6) Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- 7) Constancia de CUIT.
- 8) Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Todos los meses se debe confeccionar una nueva planilla con periodo y fechas de atención, imprimirse, firmarse y luego escanearse para ser subida al sistema. No se aceptaran planillas de asistencia editadas.
- 9) Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
- 10) CBU emitido por banco
- 11) Seguro

Otras consideraciones importantes

- a) En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (Anexo III- FIM- pág. 22), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual. También se deberá detallar mediante nota cual es el servicio adicional que se brinda para cobrar la dependencia.
A los beneficiarios con Dependencia: se le reconocerá a los aranceles ya establecidos por las prestaciones de Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día, y Hogar con Centro Educativo Terapéutico, un adicional del TREINTA Y CINCO POR CIENTO (35%).
- b) NO se aceptaran prestaciones que incluyan:
 - Dependencia: 35% adicional, sino está debidamente justificada por el prestador y el profesional que complete el FIM-anexo III y su correspondiente solicitud en el pedido medico
 - Sesiones brindadas a los padres del beneficiario discapacitado.
- c) Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar: Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.

FACTURAS para Prestaciones de discapacidad (NO transporte)

Las Facturas Originales presentadas deberán ser B o C y cumplir las normativas establecidas por AFIP.

A) Puntos esenciales que deben ser cumplidos en la Factura:

- a. Debe ser una factura electrónica.
- b. Deberá estar confeccionada a nombre de OBRA SOCIAL SUPERCO e indicar número de CUIT 30-54684621-7 y dirección CERRITO 1070 Piso 5to. Oficina 95. CABA, IVA EXENTO.
- c. Las facturas B, facturas C, o recibos C deben tener código de autorización electrónica (CAE), código QR e indicar la fecha de vencimiento.
- d. En cada factura además se deberá detallar:
 - i. Nombre, apellido y DNI del beneficiario
 - ii. Prestación brindada (ejemplo Centro de día, Escolaridad primaria, etc.).
 - iii. Modalidad de la prestación (Ej. jornada simple, jornada doble). Si corresponde se deberá indicar además la *Categoría del Establecimiento*.
 - iv. Periodo de la prestación (MES Y AÑO) Se deberá confeccionar una factura por mes y por afiliado. Este debe coincidir con el periodo DESDE-HASTA que está en la parte superior de la factura.
 - v. Indicar si el beneficiario tiene dependencia (sino se indica nada se asume que no tiene dependencia). Para que pueda ser facturada la dependencia, la misma deberá estar prescripta por el médico tratante en el pedido médico y en el formulario FIM (anexo III)
 - vi. Sumatoria total de la prestación facturada.

B) Formas y plazos de presentación de Facturas

- i. Se deberá subir al sistema SAAS del 1 al 10 de cada mes, el archivo AFIP de la factura y a la semana se deberá volver a ingresar al sistema para verificar que dicha factura no este observada.
- ii. Se deberá adjuntar con la factura la planilla de asistencia que deberá ser firmada de puño y letra por el familiar/tutor/PcD. Todos los meses se debe confeccionar una nueva planilla con periodo y fechas de atención, imprimirse, firmarse y luego escanearse para ser subida al sistema. No se aceptaran planillas de asistencia editadas, solo se informara una vez si la planilla fue editada, si se edita nuevamente una planilla la misma no será aceptada por la obra social por lo tanto no se abonara esa factura .
- iii. En caso de presentar la facturación fuera del plazo de entrega (hasta el 10 de cada mes) o las mismas fueran observadas por cualquier motivo de los enunciados en notas aclaratorias, y se corrigiera su observación fuera del plazo indicado, las mismas serán incluidas en el periodo siguiente, con la consiguiente demora en los pagos.
- iv. La fecha de emisión de las facturas deberá ser los primeros días del mes siguiente a la prestación. No se aceptarán facturas con fecha de emisión 30 o 31 del mismo mes de la prestación.

C) Notas aclaratorias:

- No se aceptaran facturas de afiliados que tengan INCOMPLETA la documentación médica, anexos y/o documentación del prestador y transcurridos los 3 meses del periodo de prestación, no serán recibidas dichas facturas.
- No se recibirán facturas adelantadas, es decir cuya fecha de emisión sea anterior a la culminación del periodo que se está facturando (Ej: no se aceptara una Fc. con fecha 25 de agosto por honorarios de prestaciones del 1 al 31 de agosto)
- No se aceptara facturas una vez transcurridos 2 meses de realizada la prestación. Ejemplo: una prestación realizada en enero 2026, debería facturarse y subirse la factura al sistema SAAS en febrero 2026. El plazo máximo para que se concrete ese procedimiento es 30 de marzo de 2026. Vencido dicho plazo la fc no será aceptada por la Obra Social.

RECIBOS para prestaciones por discapacidad

Los Recibos presentados deberán cumplir las normativas establecidas por AFIP.

A) Puntos esenciales que deben ser cumplidos por los recibos:

- a) Debe ser pre-numerado y emitido por una imprenta autorizada o ser un recibo electrónico. Si se comienza con recibo electrónico se debe continuar con este sistema y no se puede volver al recibo impreso.
- b) Deberá estar confeccionado a nombre de OBRA SOCIAL SUPERCO e indicar número de CUIT30-54684621-7 y dirección CERRITO 1070 Piso 5to. Oficina 95. CABA
- c) Deberá tener fecha de emisión la cual NO podrá ser anterior a la fecha de la factura.
- d) Deberá indicar Numero completo de factura que cancela (en caso de que un recibo cancele más de una factura se deberá indicar además del número completo de la factura, el monto de cada factura cancelada).
- e) Indicará importe recibido total con detalle de las retenciones impositivas soportadas, débitos realizados y percepciones soportadas.
- f) Detallara datos de la transferencia recibida como parte de pago:
 - i. N° de transferencia
 - ii. Banco emisor transferencia
 - iii. Fecha de cobro de la transferencia: En caso de cobro por transferencia, se indicara que se ha cobrado por transferencia y el día de recibida dicha transferencia en la cuenta bancaria indicada por el prestador
- g) El Recibo deberá estar firmado con aclaración y/o sello del prestador o su representante legal en caso de ser una sociedad.

B) Formas y plazos de presentación de Recibos

- i. Se deberá enviar a superco.tesoreria@gmail.com desde la fecha de recibida la transferencia hasta la entrega de la nueva factura.

C) Notas aclaratorias RECIBOS:

- No se aceptaran *Recibos enmendados. ni con cambios de tinta y/o letra*, que no estén salvados con firma y sello del emisor.
- Los Recibos deberán conservar la correlatividad con la fecha de emisión.
Ejemplo -- si se presenta un Recibo 5 de fecha 20 de junio de 2026, NO podrá existir un Recibo 8 con fecha 12 de junio de 2026.

D) CBU

- **Los CBU de los prestadores** deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Para acreditar esta relación, los prestadores deberán presentar nota o documentación bancaria.
Si el Nombre y Apellido del titular de la cuenta bancaria no coincide con la razón social que emite la facturación, se deberá presentar una nota firmada por representante legal o prestador titular que acredite dicha relación.
- Los CBU deberán contener los siguientes datos:
 - Nombre y Apellido del titular de la cuenta
 - DNI / CUIT / CUIL
 - CBU / Alias
 - Tipo y N° de cuenta
 - Banco, sucursal

D – PARA LAS INSTITUCIONES O PROFESIONALES QUE BRINDAN PRESTACIONES POR SESION o APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR.

- 1) Presupuesto prestacional: en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla (Anexo IV-pág. 26).
- 2) Plan de abordaje individual: con los objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria. (Res. 789/09) del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal)
- 6) Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- 7) Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación.
- 8) Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo. TODOS LOS PROFESIONALES deben estar inscriptos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud
- 9) Constancia de CUIT.
- 10) Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Todos los meses se debe confeccionar una nueva planilla con periodo y fechas de atención, imprimirse, firmarse y luego escanearse para ser subida al sistema. No se aceptaran planillas de asistencia editada, solo se informara una vez si la planilla fue editada, si se edita nuevamente una planilla la misma no será aceptada por la obra social por lo tanto no se abonara esa factura.
- 11) Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
- 12) CBU
- 13) Seguro

Documentación específica por prestación:

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo (la misma se puede enviar en marzo 2026):

- Constancia de alumno regular con CUE del 2026.
- Acta acuerdo firmada por familiar responsable/tutor, directivo de la escuela y prestador. Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/ equipo tratante.

FACTURAS para Prestaciones de discapacidad (NO transporte)

Las Facturas Originales presentadas deberán ser B o C y cumplir las normativas establecidas por AFIP.

A) Puntos esenciales que deben ser cumplidos en la Factura:

- a. Debe ser una factura electrónica.
- b. Deberá estar confeccionada a nombre de OBRA SOCIAL SUPERCÓ e indicar número de CUIT 30-54684621-7 y dirección CERRITO 1070 Piso 5to. Oficina 95. CABA, IVA EXENTO
- c. Las facturas B, facturas C, o recibos C deben tener código de autorización electrónica (CAE), código QR e indicar la fecha de vencimiento.
- d. En cada factura además se deberá detallar:
 - i. Nombre, apellido y DNI del beneficiario
 - ii. Prestación brindada (ejemplo Psicología, Apoyo a la integración escolar, etc.)
 - iii. Modalidad de la prestación (Ej. Sesión o mensual). Si corresponde se deberá indicar además la *Categoría del Establecimiento*.
 - iv. Periodo de la prestación (MES Y AÑO) Se deberá confeccionar una factura por mes y por afiliado. Este debe coincidir con el periodo DESDE-HASTA que esta en la parte superior de la factura.
 - v. Cantidad de sesión y valor de cada sesión.
 - vi. Sumatoria total de la prestación facturada.

B) Formas y plazos de presentación de Facturas

- i. Se deberá subir al sistema SAAS del 1 al 10 de cada mes, el archivo AFIP de la factura y a la semana se deberá volver a ingresar al sistema para verificar que dicha factura no este observada.
- ii. Se deberá adjuntar con la factura la planilla de asistencia que deberá ser firmada de puño y letra. Todos los meses se debe confeccionar una nueva planilla con periodo y fechas de atención, imprimirse, firmarse y luego escanearse para ser subida al sistema. No se aceptaran planillas de asistencia editadas.
- iii. En caso de presentar la facturación fuera del plazo de entrega (hasta el 10 de cada mes) o las mismas fueran observadas por cualquier motivo de los enunciados en notas aclaratorias, y se corrigiera su observación fuera del plazo indicado, las mismas serán incluidas en el periodo siguiente, con la consiguiente demora en los pagos.
- iv. La fecha de emisión de las facturas deberá ser los primeros días del mes siguiente a la prestación. No se aceptarán facturas con fecha de emisión 30 o 31 del mismo mes de la prestación.

C) Notas aclaratorias:

- No se aceptaran facturas de afiliados que tengan INCOMPLETA la documentación médica, anexos y/o documentación del prestador y transcurridos los 3 meses del periodo de prestación, no serán recibidas dichas facturas.
- No se recibirán facturas adelantadas, es decir cuya fecha de emisión sea anterior a la culminación del periodo que se está facturando (Ej: no se aceptara una Fc. con fecha 25 de agosto por honorarios de prestaciones del 1 al 31 de agosto)
- No se aceptara facturas una vez transcurridos 2 meses de realizada la prestación. Ejemplo: una prestación realizada en enero 2026, debería facturarse y subirse la factura al sistema SAAS en febrero 2026. El plazo máximo para que se concrete ese procedimiento es 30 de marzo de 2026. Vencido dicho plazo la fc no será aceptada por la Obra Social.

RECIBOS para prestaciones por discapacidad

Los Recibos presentados deberán cumplir las normativas establecidas por AFIP.

A) Puntos esenciales que deben ser cumplidos por los recibos:

- a) Debe ser pre-numerado y emitido por una imprenta autorizada o ser un recibo electrónico. Si se comienza con recibo electrónico se debe continuar con este sistema y no se puede volver al recibo impreso.
- b) Deberá estar confeccionado a nombre de OBRA SOCIAL SUPERCO e indicar número de CUIT 30-54684621-7 y dirección CERRITO 1070 Piso 5to. Oficina 95. CABA
- c) Deberá tener fecha de emisión la cual NO podrá ser anterior a la fecha de la factura.
- d) Deberá indicar Numero completo de factura que cancela (en caso de que un recibo cancele más de una factura se deberá indicar además del número completo de la factura, el monto de cada factura cancelada).
- e) Indicará importe recibido total con detalle de las retenciones impositivas soportadas, débitos realizados y percepciones soportadas.
- f) Detallara datos de la transferencia recibida como parte de pago:
 - i. N° de transferencia
 - ii. Banco emisor transferencia
 - iii. Fecha de cobro de la transferencia: En caso de cobro por transferencia, se indicara que se ha cobrado por transferencia y el día de recibida dicha transferencia en la cuenta bancaria indicada por el prestador.
- g) El Recibo deberá estar firmado con aclaración y/o sello del prestador o su representante legal en caso de ser una sociedad.

B) Formas y plazos de presentación de Recibos

- i. Se deberá enviar a superco.tesoreria@gmail.com desde la fecha de recibida la transferencia hasta la entrega de la nueva factura.

C) Notas aclaratorias RECIBOS:

- No se aceptaran *Recibos enmendados. ni con cambios de tinta y/o letra*, que no estén salvados con firma y sello del emisor.
- Los Recibos deberán conservar la correlatividad con la fecha de emisión.
Ejemplo -- si se presenta un Recibo 5 de fecha 20 de junio de 2026, NO podrá existir un Recibo 8 con fecha 12 de junio de 2026.

D) CBU

- **Los CBU de los prestadores** deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Para acreditar esta relación, los prestadores deberán presentar nota o documentación bancaria.
Si el Nombre y Apellido del titular de la cuenta bancaria no coincide con la razón social que emite la facturación, se deberá presentar una nota firmada por representante legal o prestador titular que acredite dicha relación.
- Los CBU deberán contener los siguientes datos:
 - Nombre y Apellido del titular de la cuenta
 - DNI / CUIT / CUIL
 - CBU / Alias
 - Tipo y N° de cuenta
 - Banco, sucursal

E – PARA LOS TRANSPORTISTAS:

1) CONFORMIDAD DE DIAGRAMA DE TRASLADOS PARA TRANSPORTE

Completar el Anexo II b) (pág. 21 del presente instructivo) PARA CADA UNO DE LOS TRASLADOS A REALIZAR.

Deberá estar firmado y aclarado por:

- a) Uno de los padres o responsables
- b) Responsable del transporte

2) Presupuesto de transporte en cual consten los datos solicitados en el modelo de planilla (Anexo IV-pág. 26).

3) Dependencia: se deberá detallar mediante nota la atención adicional que se le brindara, que justifique el cobro de la dependencia

4) Habilitación

5) Póliza de seguro

6) Verificación técnica vehicular

7) Licencia de conducir

8) Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.

IMPORTANTE 1: Completar y firmar un (1) Anexo II b) para cada traslado a realizar por un transporte; por lo tanto le solicitamos efectúen la cantidad de fotocopias del Anexo II b) según corresponda

IMPORTANTE 2: INCORPORACIÓN DEL TRAMO CORTO EN EL TRANSPORTE PARA LAS PRESTACIONES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

SE FIJA COMO VALOR BASE DE LA PRESTACION EL EQUIVALENTE A LA COBERTURA DE DOCE (12) kilómetros. Entiéndase que el tramo corto equivale a 12 kilómetros diarios, incluyendo el traslado de ida y vuelta presupuestado por recorrido.

En el caso de multiplicidad de prestaciones por persona con discapacidad en el mismo día, se respetará el tramo corto por cada prestación.

FACTURAS para Prestaciones de discapacidad (transporte)

Las Facturas Originales presentadas deberán ser B o C y cumplir las normativas establecidas por AFIP.

A) Puntos esenciales que deben ser cumplidos en la Factura:

- a. Debe ser una factura electrónica.
- b. Deberá estar confeccionada a nombre de OBRA SOCIAL SUPERCO e indicar número de CUIT 30-54684621-7 y dirección CERRITO 1070 Piso 5to. Oficina 95. CABA, IVA EXENTO.
- c. Las facturas B , facturas C, o recibos C deben tener código de autorización electrónica (CAE), código QR e indicar la fecha de vencimiento.
- d. En cada factura se deberá detallar:
 - i. Nombre, apellido y DNI del beneficiario
 - ii. Prestación brindada: Transporte
 - iii. Dirección de partida y destino (si el transporte trasladara al afiliado a distintos destinos, confeccionar una factura por cada destino)
 - iv. Cantidad de viajes por día y mensuales
 - v. En detalle poner kilómetros recorridos por viaje y por mes. En cantidad de la factura se debe poner el total mensual de km
 - vi. En valor de la factura se debe poner el valor del Kilometro
 - vii. Periodo de la prestación (MES Y AÑO) Se deberá confeccionar una factura por recorrido, mes y afiliado, o sea en caso de transportar al afiliado a distintos destinos, se confeccionara una factura por mes para este afiliados y para cada uno de los destinos. Este debe coincidir con el periodo DESDE-HASTA que está en la parte superior de la factura.
 - viii. Indicar si el beneficiario tiene dependencia o no. Para que pueda ser facturada la dependencia, la misma deberá estar indicada por el médico tratante en el pedido médico y el formulario FIM
 - ix. Sumatoria total de la prestación facturada. (Valor del km por cantidad de km que debe ser el automático que calcula AFIP)

B) Formas y plazos de presentación de la Factura

- i. Se deberá subir al sistema SAAS del 1 al 10 de cada mes, el archivo AFIP de la factura y a la semana se deberá volver a ingresar al sistema para verificar que dicha factura no este observada.
- ii. Se deberá adjuntar con la factura la planilla de asistencia que deberá ser firmada de puño y letra. Todos los meses se debe confeccionar una nueva planilla con periodo y fechas de atención, imprimirse, firmarse y luego escanearse para ser subida al sistema. No se aceptaran planillas de asistencia editadas, solo se informara una vez si la planilla fue editada, si se edita nuevamente una planilla la misma no será aceptada por la obra social por lo tanto no se abonara esa factura.
- iii. En caso de presentar la facturación fuera del plazo de entrega (hasta el 10 de cada mes) o las mismas fueran devueltas por cualquier motivo de los enunciados en notas aclaratorias, y se volviera a presentar subsanada fuera del plazo indicado las mismas serán incluidas en el periodo siguiente, con la consiguiente demora en los pagos.
- iv. La fecha de emisión de las facturas deberá ser los primeros días del mes siguiente a la prestación. No se aceptarán facturas con fecha de emisión 30 o 31 del mismo mes de la prestación.

C) Notas aclaratorias:

- No se aceptaran facturas de afiliados que tengan INCOMPLETA la documentación médica, anexos y/o documentación del prestador y transcurridos los 2 meses del periodo de prestación, no serán recibidas dichas facturas.
- No se recibirán facturas adelantadas, es decir cuya fecha de emisión sea anterior a la culminación del periodo que se está facturando (Ej: no se aceptara una Fc. con fecha 25 de agosto por honorarios de prestaciones del 1 al 31 de agosto)
- No se aceptará facturas una vez transcurridos 2 meses de realizada la prestación. Ejemplo: una prestación realizada en enero 2026, debería facturarse y subirse la factura al sistema SAAS en febrero 2026. El plazo máximo para que se concrete ese procedimiento es 30 de marzo de 2026. Vencido dicho plazo la fc no será aceptada por la Obra Social.

RECIBOS para prestaciones por discapacidad

Los Recibos presentados deberán cumplir las normativas establecidas por AFIP.

- A) Puntos esenciales que deben ser cumplidos por los recibos:
- a) Debe ser pre-numerado y emitido por una imprenta autorizada o ser un recibo electrónico.
Si se comienza con recibo electrónico se debe continuar con este sistema y no se puede volver al recibo impreso.
 - b) Deberá estar confeccionado a nombre de OBRA SOCIAL SUPERCO e indicar número de CUIT30-54684621-7 y dirección CERRITO 1070 Piso 5to. Oficina 95. CABA
 - c) Deberá tener fecha de emisión la cual NO podrá ser anterior a la fecha de la factura.
 - d) Deberá indicar Numero completo de factura que cancela (en caso de que un recibo cancele más de una factura se deberá indicar además del número completo de la factura, el monto de cada factura cancelada).
 - e) Indicará importe recibido total con detalle de las retenciones impositivas soportadas, débitos realizados y percepciones soportadas.
 - f) Detallara datos de la transferencia recibida como parte de pago:
 - i. N° de transferencia
 - ii. Banco emisor de la transferencia
 - iii. Fecha de cobro de la transferencia: Se indicará que se ha cobrado por transferencia y el día de recibida dicha transferencia en la cuenta bancaria indicada por el prestador.
 - g) El Recibo deberá estar firmado con aclaración y/o sello del prestador o su representante legal en caso de ser una sociedad
- B) Formas y plazos de presentación del Recibo
- i. Se deberá enviar a superco.tesoreria@gmail.com desde la fecha de recibida la transferencia hasta la entrega de la nueva factura.
- C) Notas aclaratorias RECIBOS:
- No se aceptaran Recibos enmendados. ni con cambios de tinta y/o letra, que no estén salvados con firma y sello del emisor.
 - Los Recibos deberán conservar la correlatividad con la fecha de emisión.
Ejemplo -- si se presenta un Recibo 5 de fecha 20 de junio de 2026, NO podrá existir un Recibo 8 con fecha 12 de junio de 2026
- D) CBU
- **Los CBU de los prestadores** deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada. Para acreditar esta relación, los prestadores deberán presentar nota o documentación bancaria.
Si el Nombre y Apellido del titular de la cuenta bancaria no coincide con la razón social que emite la facturación, se deberá presentar una nota firmada por representante legal o prestador titular que acredite dicha relación.
 - Los CBU deberán contener los siguientes datos:
 - Nombre y Apellido del titular de la cuenta
 - DNI
 - CUIT
 - CUIL
 - CBU
 - Alias
 - Tipo y N° de cuenta
 - Banco, sucursal

CAMBIOS EN LA COBERTURA DE DISCAPACIDAD AUTORIZADA

En caso de cambiar de prestador, cambiar el tratamiento, abandonar el tratamiento o no utilizar el mismo, habiendo sido autorizado, es obligación de los afiliados notificar a la Obra Social Superco de la siguiente manera:

1. Cambio de prestador: Presentar una Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio, que incluya fecha de inicio de tratamiento del nuevo prestador, motivo y fecha de baja del prestador anterior, firma, aclaración y número de DNI del beneficiario titular.
 - a. Toda la documentación requerida en este instructivo para la nueva prestación solicitada.
2. Abandono del Tratamiento: Presentar una Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida y motivos por los cuales la misma fue interrumpida. La misma debe incluir firma, aclaración y número de DNI del beneficiario titular.
3. No utilización de las prestaciones autorizadas por parte del beneficiario: Presentar una Nota del beneficiario titular especificando los motivos de la no concurrencia detallando período de no utilización de la prestación. La misma debe incluir firma, aclaración y número de DNI del beneficiario titular.
4. Cambio de Tratamiento: Presentar una Nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio que incluya fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado, motivo y fecha de baja del tratamiento anterior, firma, aclaración y número de DNI del beneficiario titular. Toda la documentación requerida en este instructivo para la prestación solicitada.

Para los 4 ítems enunciados anteriormente se deberá indicar Nombre, Apellido y DNI del beneficiario de la prestación de discapacidad en caso de no coincidir con el beneficiario titular así como también el CUIT y razón social del prestador.

Preguntas frecuentes – Conceptos SSS

1 –APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR:

- a) Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Abarca una población entre los 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.
- b) Población: Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otra), entre los 3 y 18 años de edad, que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles.

- c) Quien puede brindar la prestación:

- 1- Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados, que estén nucleados en una institución habilitada para brindar apoyo a la integración escolar, la cual será la emisora de la facturación.

Importante: el pedido médico debe solicitar Modulo de apoyo a la integración escolar

- 2- Maestra de apoyo (brindado por un profesional con título de incumbencia pedagógica), que será quien emita la facturación.

Importante: el pedido médico debe solicitar Maestra de apoyo

No se aceptara (según reglamentación de la Superintendencia de Servicios de Salud) que esta prestación sea brindada por un psicólogo ya que no posee incumbencia pedagógica

- d) Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultánea y/o sucesiva, según corresponda

2 - ESTIMULACION TEMPRANA

- a) Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.
- b) Población: Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.
- c) Prestación Institucional: Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.
- d) Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar. Comprende hasta tres (3) sesiones semanales.

Los tratamientos de estimulación temprana serán cubiertos durante el primer año de vida del menor, por el P.M.I. del Agente de Salud, conforme los términos establecidos en el Programa Médico Obligatorio contenido en la Resolución N° 201/02-MS o la que en el futuro la reemplace.

3 – TRANSPORTE.

- a) Definición: El módulo de transporte comprende el traslado de las personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa.

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art. 22, inc. a).

- b) Población: Niños, jóvenes y adultos que presenten discapacidades que impidan su traslado a través del transporte público de pasajeros.
- c) Tipos de transporte: Automóvil, Microbús.

4- DISCAPACITADO CON DEPENDENCIA:

- a) Definición: Se considera persona discapacitada dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o de ambulación, conforme el índice de independencia funcional (FIM).
- b) La dependencia deberá estar justificada por el médico tratante o terapeuta ocupacional (a través de la orden médica y el formulario FIM).
- c) Se autorizara dependencia a mayores de 6 años de edad, cuando la misma esté debidamente solicitada y justificada por médico tratante, terapeuta ocupacional y detallada la atención que recibirá por este servicio.

ANEXOS 2026

ANEXO I

2026

Obra Social SUPERCO
Cerrito 1070- 5 piso –oficina 95
4811-4407

DATOS A COMPLETAR DEL BENEFICIARIO QUE RECIBIRA LA/S PRESTACION/ES

- Apellido y Nombre (del paciente):
- DNI:
- Nro. de Afiliado:
- Fecha de Nacimiento:
- Nacionalidad:.....
- Estado civil:
- Domicilio actual:
- CP y Localidad:.....
- Teléfono particular.....
- Teléfono celular (del representante).....
- Dirección del mail (del representante).....
- Apellido y Nombre (del representante).....
- Parentesco (entre el representante y quien recibe la prestación).....

Nota Aclaratoria: se entiende por representante la figura del padre o de aquella persona a cargo de los tramites del beneficiario del tratamiento

IMPORTANTE: Cualquier modificación de este formulario debe ser informada a la brevedad a superco.integracion@gmail.com

ANEXO II a): CONFORMIDAD PRESTACIONES AÑO 2026

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) N°
....., 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:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en
nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es
detalladas precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

ANEXO II b): CONFORMIDAD DE TRANSPORTE AÑO 2026

Fecha:/...../.....

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo.....con Documento
Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto al diagrama de
traslados por el periodo: DESDE..... HASTA.....

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en
nombre de.....

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.

FORMULARIO DECLARACION JURADA DE TRANSPORTE

En la ciudad de.....

Fecha.....

Por medio de la presente, en mi carácter de padre/madre/tutor

.....DNI.....,

informo en carácter de declaración jurada que no ha sido adquirido ningún vehículo automotor
a favor del nombrado haciendo uso de la franquicia contemplada en la ley 19.279.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

ANEXO III

2026

Obra Social SUPERCO
Cerrito 1070- 5 piso –oficina 95
4811-4407

OBLIGATORIO PARA LOS BENEFICIARIOS CON DEPENDENCIA

F.I.M. - (Medida de Independencia Funcional)

Apellido y Nombre:
D.N.I.:
Diagnóstico:
Edad:
Institución:
Fecha de Ingreso a la Institución:
Modalidad:

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 la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoria del Sector APE – DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoria 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 a los 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.

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE	
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. El paciente aporta el 75% o mas	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50% o mas	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25% o mas	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
CUIDADO PERSONAL		
1	Alimentación	
2	Aseo Personal	
3	Baño	
4	Vestimenta (parte superior)	
5	Vestimenta (parte inferior)	
6	Uso del baño	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	Control intestinal	
8	Control de vejiga	

MOVILIDAD/ TRANSFERENCIAS		
9	Movilidad a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Movilidad al baño	
11	Movilidad a la ducha bañera	
LOCOMOCIÓN.		
12	Camina o silla de ruedas	
13	Escaleras	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión	
15	Expresión	
CONEXIÓN SOCIAL		
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE F.M.I. TOTAL		

1 - ALIMENTACION

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que 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 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 órtesis y prótesis. Características de la dependencia

5 – VESTIDO PARTE INFERIOR

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar 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 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 – COMPRENSION

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

16 – INTERACCION SOCIAL

Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de 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 las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17 – RESOLUCION DE PROBLEMAS

Implica la resolución de problemas cotidianos.

18 – MEMORIA

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

EVALUACION INSTITUCIONAL

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

Firma y sello de los profesionales intervinientes

ANEXO IV-PRESUPUESTO PRESTACIONAL 2026

Fecha de emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico: _____

Tel: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Periodo Desde _____ hasta _____ Año: _____

Almuerza: SI – NO

Monto mensual: _____

En caso de corresponder

Dependencia: SI – NO

Matricula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por sesión: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
HORARIO	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y sello/aclaración del prestador

ANEXO V – TRANSPORTE 2026

Fecha de emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Correo electrónico: _____

Tel: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Periodo Desde _____ hasta _____ Año: _____

Compañía de seguros: _____

Póliza N°: _____

DIAGRAMA DE TRASLADO

viaje	Domicilio de partida	Domicilio de llegada	Km x viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

CRONOGRAMA DE TRASLADO: marcar con una cruz los días de traslado

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total de KM mensuales: _____ Adicional.

Dependencia 35% (sujeto a evaluación): SI – NO

Valor del KM: _____

Monto mensual: _____