



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social
Acompañante
Terapéutico
Asistente domiciliario
2026

Obra Social de Choferes de Camiones
San José 1775/81 (1136) CABA - Tel. (011) 4378-1000
Personería Social Nro. 1-0580-4 - Resolución I.N.O.S. Nro. 683/80



Requisitos - Afiliados Acompañante Terapéutico

Los afiliados deben presentar:

- Fotocopia del CUD vigente.
- Fotocopia del DNI.
- Planilla de conformidad.
- Resumen de historia clínica redactada por el médico o especialista en salud mental que incluya informe sobre la situación del afiliado y justifique la solicitud de prestación.
- Pedido médico redactado por el médico o especialista en salud mental de cabecera que incluya: lugar donde se realizara la prestación y carga horaria (día, horas y periodos que lo solicita).
- Constancia de alumno regular o reserva de vacante con **horario escolar** (solo alumnos).

IMPORTANTE

La documentación se recibirá en original sin tachaduras ni enmiendas, con letra clara y la misma tinta.
Se ruega no repetir informes de evaluación o evolución. En caso de no haber evolución favorable,
explicarlo.



Requisitos - Prestadores Acompañante Terapéutico

Los afiliados deben presentar:

- CBU (certificado por el Banco).
- Ingresos Brutos.
- ARCA y pago de último Monotributo.
- Título

En caso de una solicitud de alta presentar:

- Fotocopia del título habilitante y certificados de formación de acompañante terapéutico afines a la problemática del afiliado (si tuviera). Debe estar reconocido por organismos públicos nacionales, provinciales o municipales tales como el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerios de Salud, Dirección Gral. de Cultura, Dirección Provincial de Educación de Gestión Privada y Universidades Nacionales (no se aprobarán certificados de cursos on-line).
- Currículum vitae con teléfono, mail de contacto y referencias comprobables.
- Datos de la institución o profesional con quien supervisa su práctica.
- Plan de trabajo del A.T. que incluya objetivos generales específicos y metodología de trabajo, acciones a desarrollar del equipo interviniente considerando que el acompañante terapéutico debe insertarse en un tratamiento interdisciplinario.
- En caso de concurrir a una institución adjuntar la orden de autorización y el acta presentando conformidad para el desempeño de su trabajo.

En caso de una renovación de alta presentar:

- Fotocopia del título habilitante y certificados de formación de Acompañante terapéutico afines a la problemática del afiliado (si tuviera). En caso de no contar con este tipo de certificación quedará sujeto a aprobación de auditoría.
- Currículum vitae con teléfono, mail de contacto y referencias comprobables.
- Datos de la institución o profesional con quien supervisa su práctica.
- Plan de trabajo del A.T. que incluya objetivos generales específicos y metodología de trabajo, acciones a desarrollar del equipo Interviniente considerando que el acompañante terapéutico debe insertarse en un tratamiento interdisciplinario.
- Informe de evolución del trabajo realizado que incluya modalidad de atención, objetivos alcanzados y con firmas del acompañante terapéutico y supervisor.

IMPORTANTE

La documentación se recibirá en original sin tachaduras ni enmiendas, con letra clara y la misma tinta.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Edad _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Antecedentes _____

Estado actual _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Firma y sello
Médico Auditor

Firma y sello
Médico de cabecera



PEDIDO MÉDICO

Apellido/s y nombre/s _____

DNI N° _____ Afiliado N° _____

Diagnóstico _____

Indicación Médica (indicar todas las prestaciones que necesita el afiliado durante todo el año y la cantidad de sesiones por semana de cada terapia)

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

Período anual (*): _____

(*). Período anual, año, aniversario.

Firma y sello
Médico de Cabecera



CONFORMIDAD DE PRESTACIÓN 2026 ANEXO II

Datos del beneficiario

Apellido y nombre: _____

Número de Afiliado: _____

Teléfono: _____

E-mail del afiliado: _____

Yo _____ con Documento Tipo (_____) N° _____

doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detalla/n y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Lugar y fecha _____ de _____ de _____

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 y DNI



PRESUPUESTO PARA ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Si usted ha descargado el archivo, cuenta con la posibilidad de completar la información en su computadora e imprimirla.

Datos del afiliado - Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: _____ Fecha: _____
Nombre y apellido: _____
Afiliado N°: _____ DNI N°: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

Datos para la prestación

Prestación a brindar (aclarar la cantidad semanal de horas) _____

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón Social: _____
Domicilio real donde se brindará la prestación: _____
Teléfono: _____ CUIT: _____
E-mail: _____

Cronograma de Asistencia

Acompañante terapéutico	Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Desde							
	Hasta							

Valor por hora \$: _____
Monto mensual \$: _____
Periodo: desde _____ hasta _____ Año: _____

PROFESIONAL

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE /TUTOR

Firma original

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello

Vínculo / DNI



NOTA NO ESCOLARIZADO

_____ de _____ 202__

Nombre y apellido: _____

Afiliado: _____ DNI: _____ Teléfono: _____

INFORMO QUE NO ME ENCUENTRO ESCOLARIZADO.

Firma

Aclaración

IMPORTANTE: en caso que el afiliado sea menor, deben firmar los padres. En caso que el afiliado sea mayor debe firmar el afiliado.