



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social Maestra de Apoyo 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 Discapacidad

Los afiliados deben presentar:

- Fotocopia del CUD vigente.
- Fotocopia del DNI.
- Constancia de alumno regular o reserva de vacante con horario y número de CUE.
- Si no está escolarizado/a debe presentar una nota (ver pág. 6 del Formulario Prestaciones Discapacidad)
- Planilla de conformidad.
- Resumen de historia clínica, prescripción médica del tratamiento indicado por el neurólogo, pediatra o médico clínico con el periodo de la prestación.

En caso de:

- **Prestación de apoyo / rehabilitaciones:** indicar tipo de tratamiento, ya sea, individual e institucional detallando el periodo del mismo y cantidad de sesiones.
- **Tratamiento institucional:** indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.).
- **Transporte:** solicitar el traslado a la prestación con días y horarios.

Si se solicita:

- **Solicitar dependencia para las prestaciones de hogar, hogar con centro de día, hogar con CET, centro de día y centro educativo terapéutico:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindara conforme al Plan de Abordaje Individual.
- **Solicitar dependencia para la prestación de transporte:** se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la escala de medición de independencia funcional (FIM), confeccionada por el médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindarán.



Requisitos - Prestadores Discapacidad

Los prestadores deben presentar:

- 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)
- Constancia de ARCA, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- Pago del Monotributo.
- 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. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Documentación específica Módulo Maestras de Apoyo, Psicopedagogos y Maestras especiales:

Servicio de Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de apoyo:

- 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 periodo lectivo, por psicopedagogos o maestras especiales.
- Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada por profesional/equipo tratante.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud para los profesionales regulados por la normativa vigente de aplicación. - Título habilitante y certificado analítico de materias para la prestación de Maestro de Apoyo.
- Módulo de Apoyo a la Integración Escolar con equipo (título/analítico de la persona que va a dar la prestación en el aula y DNI).
- Módulo Maestras de Apoyo, Psicopedagogos y Maestras especiales.
- Constancia de ARCA y último pago de Monotributo.
- Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- 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. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Hogar en todas sus modalidades / Pequeño Hogar

- Deberá presentar informe confeccionado por trabajador social.
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Dis-



capacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

- Constancia de ARCA, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- 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. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Colegio / CET / Centro de día

- Nómina de profesionales
- Plan terapéutico (preferentemente 5 hojas)
- Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agenda Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas, educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).
- Constancia de ARCA, Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- 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. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.

Prestación de apoyo / Rehabilitación

- 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).
- Constancia de ARCA y último pago de Monotributo.
- Ingresos Brutos, CBU (certificado por el Banco).
- 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. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada.
- Plan de tratamiento (preferentemente 5 hojas).
- Títulos de los profesionales.
- Habilitación municipal de consultorio.
- Matrícula.

Transporte

- Habilitación de transporte actualizada. En caso de remis, habilitación de remisería póliza de seguro y último pago verificación técnica vehicular.
- Licencia de conducir.
- CBU bancario del prestador.
- Ingresos Brutos.
- Constancia de ARCA y último pago.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ. Deberá estar firmada de puño y letra por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor. Recorrido de Google Maps o constancia de geolocalización, firmado por beneficiario y/o familiar, responsable/tutor. Este formulario se debe completar con lapicera azul todo completo.



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: de _____ de 2026 a _____ de 2026.

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 MÓDULO MAESTRA DE APOYO

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: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

Datos de la prestación y actividad áulica

Prestación / Especialidad: _____
Institución que brindara la prestación - Escuela Común: _____
Sita en la calle: _____ N°: _____
de la ciudad de: _____

Datos del prestador

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

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Cantidad de horas mensuales: _____
Monto mensual \$: _____
Período: desde _____ hasta _____ año _____

PROFESIONAL

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

Firma original del Responsable de la Institución

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL MAESTRA DE APOYO (VALOR MÓDULO)

****Completar con lapicera azul todo completo****

Prestador: _____ N°: _____

Domicilio: _____

E-mail: _____ Tel. (): _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI N°: _____ Afiliado N°: _____

Prestación: _____

Período (mes y año): _____

Carga horaria mensual: _____ horas de acuerdo al siguiente detalles (*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(*) Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario). Ej. 4hs.

NO se debe indicar de 8:00 a 12:00hs.

Lugar donde se realiza la integración _____

Turno (mañana/tarde/doble) _____

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

Firma original del Responsable que realizó la integración

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello

Vínculo / DNI



BAJA Y ALTA DE PRESTADOR