



OSCONARA

Instructivo

MECANISMO DE INTEGRACIÓN

Legajos

El expediente completo deberá contar con la documentación que se detalla a continuación: los Formularios a utilizar se encuentran en la sección FORMULARIOS de este archivo y también se pueden descargar desde nuestra página web: www.osconara.com.ar.

En todos los casos:

- Deben estar cumplimentados en su totalidad y con letra legible/completados vía digital.
- La fecha de emisión debe ser anterior al inicio del tratamiento.
- La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital.

Documentación del beneficiario

1. CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD VIGENTE
2. FORMULARIO - DATOS DEL BENEFICIARIO
3. PEDIDO MÉDICO: elaborado por médico tratante en donde indique terapia, cantidad semanal y periodo comprendido. El periodo prescrito podrá ser igual o menor a un año sin contemplar el año calendario. Ejemplo: desde mayo 2023 a mayo 2024. Esto es válido en todas las prestaciones excepto aquellas que están sujetas al año calendario como lo son las modalidades educativas en todos sus niveles, apoyo a la integración escolar o maestra de apoyo.
4. FORMULARIO - ANEXO II
5. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: Debe contar informe de evolución en base a las terapias recibidas el año anterior, objetivos del tratamiento prescrito y diagnóstico de la patología discapacitante. Debe estar confeccionado por el médico tratante especialista y NO puede formar parte de ninguna institución que atienda al beneficiario.

Documentación de maestra de apoyo / Equipo de apoyo

1. FORMULARIO - FICHA DEL PRESTADOR
2. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE LA AFIP
3. CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS
4. CONSTANCIA DE CBU
5. FORMULARIO - PLAN DE TRATAMIENTO / PLAN DE ABORDAJE: en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
6. INFORME EVOLUTIVO DEL AÑO ANTERIOR (en caso de continuidad). En el cual conste: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
7. INFORME INICIAL (en caso de nueva prestación/ nuevo prestador) se deberá realizar en base a las entrevistas de admisión antes de comenzar la terapia. En el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
8. FORMULARIO - PRESUPUESTO PARA MAESTRO DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN.
9. TÍTULO HABILITANTE Y ANALÍTICO
10. PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL CON DETALLE DE ADECUACIÓN CURRICULAR CONFECCIONADA POR PROFESIONAL/EQUIPO TRATANTE.
11. CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR: Deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
12. ACTA DE ACUERDO: Deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.

Documentación de los prestadores/instituciones

13. FORMULARIO - FICHA DEL PRESTADOR
14. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DE LA AFIP
15. CONSTANCIA DE INGRESOS BRUTOS
16. CONSTANCIA DE CBU
17. FORMULARIO - PLAN DE TRATAMIENTO / PLAN DE ABORDAJE: en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
18. INFORME EVOLUTIVO DEL AÑO ANTERIOR (en caso de continuidad). En el cual conste: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
19. INFORME INICIAL (en caso de nueva prestación/ nuevo prestador) se deberá realizar en base a las entrevistas de admisión antes de comenzar la terapia. En el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
20. FORMULARIO - PRESUPUESTO PARA PRESTACIONES AMBULATORIAS / INSTITUCIONES.
21. TÍTULO HABILITANTE Y MATRÍCULA
22. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES (RNP) O CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (SNR) SEGÚN CORRESPONDA.
23. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
24. HABILITACIÓN DEL CONSULTORIO O MUNICIPAL SEGÚN CORRESPONDA.
25. 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 (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.
26. En caso de módulo de Hogar deberán presentar un informe socio-ambiental que avale la necesidad del módulo suscripto por un Lic. en Trabajo Social que NO pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.
27. Caso de internación en rehabilitación deberá presentar un justificativo médico el cual debe estar adecuadamente fundamentada y RNP

Documento de transporte

1. FORMULARIO - PRESUPUESTO DE TRANSPORTE
2. NOTA DE JUSTIFICACIÓN: en una nota aclaratoria, el médico deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.
3. LICENCIA DE CONDUCIR
4. HABILITACIÓN MUNICIPAL Y PÓLIZA DE SEGURO CON EL ÚLTIMO COBRO
5. CONSTANCIA DE VTV
6. RECORRIDO SEGÚN GOOGLE MAPS: firmado por el beneficiario.
7. En caso de solicitar dependencia se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional. Se deberá presentar adicionalmente una nota en donde se detallen los apoyos específicos que se brindaran contemplando la dependencia del beneficiario.

Circuito de autorización

Cada prestador deberá enviar toda la documentación vía mail a integracion@osconara.com.ar, con un mínimo 30 días previos al inicio de las prestaciones. En el asunto se debe indicar nombre, apellido y DNI del beneficiario. Los originales deben ser preservados por el beneficiario, hasta tanto se requieran en formato original. En caso de que

el beneficiario quiera presentar los originales de forma presencial, se van a poder acercar a las seccionales o delegaciones. Si o si se presentará la documentación en un sobre cerrado, destinado a Área discapacidad, Osconara Sede Central.

El Equipo Interdisciplinario de la Obra Social realizará los controles pertinentes sobre el expediente, en caso de estar completo enviará la correspondiente autorización directamente a los prestadores con copia al beneficiario, junto con su usuario de SAAS, contraseña e instructivo para realizar la carga de facturación mensual. En caso de estar incompletos, se solicitará la documentación faltante a los prestadores y/o al beneficiario.

Si se necesita agregar documentación al legajo ya enviado o informar modificaciones en el tratamiento, deberá efectuarlo vía mail.

Los formularios, no deben poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello o aclaración del responsable de completar y firmar el formulario.

Las prestaciones serán cubiertas únicamente por el período de validez del Certificado Único de Discapacidad (CUD). Importante: si el CUD tiene una fecha de vencimiento cercana a la de la solicitud de las presentaciones, gestione la renovación del mismo con la debida anticipación, para evitar demoras.

Si el beneficiario efectúa cambio de prestador o abandono de tratamiento, deberá informar mediante el formulario a la obra social enviando el mismo por mail o presentarlo en seccional o delegación. Se adjunta modelo en la sección Formularios.

El inicio de las prestaciones sin autorización previa NO OBLIGA a otorgar la cobertura, debido a que en todos los casos se requiere del análisis de la Auditoría del Área de Discapacidad de la Obra Social.

Facturación mensual

El prestador deberá cargar al sistema SAAS (<https://osconara.saas.com.ar/>) del día 1 al 10 de cada mes la factura correspondiente al mes anterior, junto a la documentación respaldatoria obligatoria (planilla de asistencia con firma ológrafa de ambas partes, informe mensual o semestral según corresponda, y el recibo del último pago percibido).

Datos para la facturación:

- RAZÓN SOCIAL: OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES NAVALES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA
- CUIT: 30-68777090-7
- DIRECCIÓN: Pinzón 281 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires
- CONDICIÓN FRENTE AL IVA: IVA Sujeto Exento
- CONDICIÓN DE VENTA: Cuenta corriente

CONTACTO PARA BENEFICIARIOS Y PRESTADORES CON EL SECTOR DE ORIENTACIÓN DE SERVICIOS Y CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

MAIL:

integracion@osconara.com.ar

TELÉFONO EXCLUSIVO:

(011) 7013-7022. SEDE CENTRAL: (011) 4362-0080

SEDE CENTRAL:

Pinzón 279, CABA.

DELEGACIONES DE LA OBRA SOCIAL EN EL INTERIOR DEL PAIS:

consulte el listado: <https://osconara.com.ar/seccionales/>

Siempre deberán hacer referencia al sector de Discapacidad de Sede Central.

Formularios

ANEXO II. Conformidad prestación

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

Número de Afiliado:.....

Apellido y nombre del beneficiario:.....

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:.....

Formulario Datos del Beneficiario

DATOS DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO FIJO/CELULAR: _____

MAIL: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DOCUMENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO FIJO/CELULAR (SI ES DIFERENTE AL DEL TITULAR): _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES TOTALES: se deben incluir todo tipo de actividades ya sean con profesionales, escuela, centros de día, etc.

| HORARIO | | DÍAS | | | | | |
|---------|--------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DESDE | HASTA | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO |
| 8: __ | 9: __ | | | | | | |
| 9: __ | 10: __ | | | | | | |
| 10: __ | 11: __ | | | | | | |
| 11: __ | 12: __ | | | | | | |
| 12: __ | 13: __ | | | | | | |
| 13: __ | 14: __ | | | | | | |
| 14: __ | 15: __ | | | | | | |
| 15: __ | 16: __ | | | | | | |
| 16: __ | 17: __ | | | | | | |
| 17: __ | 18: __ | | | | | | |
| 18: __ | 19: __ | | | | | | |
| 19: __ | 20: __ | | | | | | |
| 20: __ | 21: __ | | | | | | |

FIRMA DEL BENEFICIARIO / RESPONSABLE _____

ACLARACIÓN: _____ VÍNCULO FAMILIAR: _____

Formulario Ficha del Prestador

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

CUIT: _____

TELÉFONO FIJO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

MAIL: _____

OTROS DATOS

CBU: _____

TITULO HABILITANTE: _____

DOMICILIO DE ATENCIÓN: _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO/ INSTITUCIÓN: _____

FIRMA Y SELLO _____

ACLARACIÓN _____

Formulario Plan de Tratamiento

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento):/...../.....

DIAGNÓSTICO: _____

TIPO DE PRESTACIÓN: _____

PERÍODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

INFORME EVOLUTIVO (MARQUE LO QUE CORRESPONDA):

- Inicio del Tratamiento: informe de evaluación inicial según diagnóstico.
- Continuidad del Tratamiento: informe evolutivo que señale objetivos a corto y a largo plazo logrados y no logrados de acuerdo al Plan de Tratamiento presentado el año anterior.

OBJETIVOS A CORTO Y LARGO PLAZO:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL _____ ACLARACIÓN _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ ACLARACIÓN _____

Formulario para presupuesto prestaciones ambulatorias

(KINESIOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, ETC)

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento):/...../.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____

LUGAR DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

TIPO DE PRESTACIÓN: _____

PERÍODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

CANTIDAD DE SESIONES SEMANALES: _____ MENSUALES: _____

MONTO POR PRESTACIÓN: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DESDE | | | | | | |
| HASTA | | | | | | |

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL _____ ACLARACIÓN _____

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el profesional.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD:

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ DNI _____

ACLARACIÓN _____ VÍNCULO _____

Formulario para presupuesto prestaciones maestros de apoyo / equipo de apoyo a la integración escolar

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento):/...../.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____

CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA DONDE SE BRINDARÁ LA PRESTACIÓN: _____

DOMICILIO DE LA ESCUELA: _____

CORREO ELECTRONICO/TELEFONO DE LA ESCUELA: _____

TIPO DE PRESTACIÓN: MAESTRO DE APOYO _____ EQUIPO DE APOYO _____

PERÍODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

CANTIDAD DE HORAS SEMANALES: _____ MENSUALES: _____

MONTO MENSUAL: \$ _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA EN ESCUELA

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DESDE | | | | | | |
| HASTA | | | | | | |

EN CASO DE EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN: LISTADO DE PROFESIONALES QUE LO COMPONEN

| NOMBRE | APELLIDO | ESPECIALIDAD | N° DE MATRÍCULA | FIRMA Y SELLO |
|--------|----------|--------------|-----------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL _____ ACLARACIÓN _____

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el/los profesional/profesionales.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ DNI _____

ACLARACIÓN _____ VÍNCULO _____

Formulario para presupuesto en Instituciones

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento):/...../.....

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN: _____

NÚMERO DE HABILITACIÓN: _____

TIPO DE PRESTACIÓN: _____

PERÍODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

MONTO MENSUAL: \$ _____

TIPO DE JORNADA: SIMPLE _____ DOBLE _____ REDUCIDA _____

CATEGORÍA DE LA INSTITUCIÓN: A _____ B _____ C _____

OBSERVACIONES: _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| DESDE | | | | | | |
| HASTA | | | | | | |

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN _____

ACLARACIÓN _____ SELLO DE LA INSTITUCIÓN _____

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al plan de tratamiento de prestaciones propuesto por el profesional.

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ DNI: _____

ACLARACIÓN _____ VÍNCULO: _____

Formulario para transporte

FECHA (debe ser anterior al inicio de tratamiento):/...../.....

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL: _____

CORREO ELECTRONICO/TELEFONO: _____

TRASLADOS

PERÍODO - DESDE: _____ HASTA: _____ AÑO: _____

SE TRASLADA AL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN: _____

LUGAR DE PARTIDA: _____

LUGAR DE DESTINO: _____

VIAJES / DIA: _____

KM/ VIAJE: _____

MONTO POR KM: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

SE TRASLADA AL BENEFICIARIO A LA PRESTACIÓN: _____

LUGAR DE PARTIDA: _____

LUGAR DE DESTINO: _____

VIAJES / DIA: _____

KM/ VIAJE: _____

MONTO POR KM: \$ _____ MONTO MENSUAL: \$ _____

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL TRANSPORTE _____

ACLARACIÓN _____

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO

Por la presente, dejo constancia de mi consentimiento al esquema de transporte propuesto. Además declaro no haber accedido a la compra de un vehículo con franquicia impositiva para personas con discapacidad (Ley N° 19.279).

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ DNI: _____

ACLARACIÓN _____ VÍNCULO: _____

Formulario nota de solicitud de abandono de tratamiento

FECHA:/...../.....

NOMBRE Y APELLIDO DE BENEFICIARIO: _____

DOCUMENTO: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de:

..... con el profesional / institución:

.....

Motivo de la baja:

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____

DNI: _____

ACLARACIÓN _____

VÍNCULO: _____

Formulario nota de solicitud de cambio de prestador

FECHA:/...../.....

NOMBRE Y APELLIDO DE BENEFICIARIO: _____

DOCUMENTO: _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de:
..... con el profesional / institución:
..... a partir de la fecha/...../.....

Solicito nueva alta para la prestación de
con el profesional / institución a partir de la fecha/...../.....

Motivo del cambio:

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ DNI: _____

ACLARACIÓN _____ VÍNCULO: _____

Mes de del 2023

Informe mensual de prestaciones brindadas

AFILIADO: _____

NÚMERO DE CREDENCIAL: _____ EDAD: _____

PRESTACIÓN: _____

PROFESIONAL: _____

Se sugiere realizar brevemente lo trabajado en el mes con el paciente, se dejan a disposición estos ítems a modo de guía:

- Consignar excluyentemente los siguientes ítems, mes por mes.
- NO copiar y pegar todos los meses, recuerden que estos informes serán auditados por el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social.

1. Cantidad de sesiones asistidas:

2. Estrategias / Herramientas utilizadas el corriente mes:

3. Situaciones significativas que se hayan detectado en la evolución ó estabilidad del afiliado:

4. Actitud del afiliado en las terapias:

5. Otras observaciones:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL _____

MATRICULA: _____

Informe semestral de prestaciones brindadas - Junio

AFILIADO: _____

NÚMERO DE CREDENCIAL: _____ EDAD: _____

PRESTACIÓN: _____

PROFESIONAL: _____

Confeccionar un párrafo descriptivo del afiliado, usando como base los puntos enumerados a continuación:

- Características de la personalidad y capacidades del paciente
- Tratamiento que realiza.
- Conducta/ Comportamiento durante la vida cotidiana en sociedad
- Puntos que consideren relevantes e importantes para incluir

1. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Descripción de objetivos que se alcanzaron mediante el trabajo con el paciente:

2. ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Explicar brevemente cómo fue el abordaje con el paciente y qué estrategias que se utilizaron:

3. OBJETIVOS QUE SE PLANTEAN PARA LA SEGUNDA MITAD DEL AÑO

Enumerar objetivos a corto y largo plazo:

- _____
- _____
- _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL _____

MATRICULA _____

Informe semestral de prestaciones brindadas - Diciembre

AFILIADO: _____

NÚMERO DE CREDENCIAL: _____ EDAD: _____

PRESTACIÓN: _____

PROFESIONAL: _____

Confeccionar un párrafo descriptivo del afiliado, usando como base los puntos enumerados a continuación:

- Características de la personalidad y capacidades del paciente
- Tratamiento que realiza.
- Conducta/ Comportamiento durante la vida cotidiana en sociedad
- Puntos que consideren relevantes e importantes para incluir

1. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Descripción de objetivos que se alcanzaron mediante el trabajo con el paciente:

2. ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Explicar brevemente cómo fue el abordaje con el paciente y qué estrategias que se utilizaron:

3. OBJETIVOS QUE QUEDARON PENDIENTES PARA TRATAR EN EL PRÓXIMO AÑO

Enumerar objetivos a corto y largo plazo:

- _____
- _____
- _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL _____

MATRICULA _____

Planilla de Asistencia Mensual Maestra de apoyo / Equipo de apoyo a la integración

MES: _____ AÑO: _____

| | | |
|----|----|----|
| 1 | 11 | 21 |
| 2 | 12 | 22 |
| 3 | 13 | 23 |
| 4 | 14 | 24 |
| 5 | 15 | 25 |
| 6 | 16 | 26 |
| 7 | 17 | 27 |
| 8 | 18 | 28 |
| 9 | 19 | 29 |
| 10 | 20 | 30 |
| | | 31 |

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN _____

Planilla de Asistencia Mensual Prestadores / Instituciones

MES: _____ AÑO: _____

| | | |
|----|----|----|
| 1 | 11 | 21 |
| 2 | 12 | 22 |
| 3 | 13 | 23 |
| 4 | 14 | 24 |
| 5 | 15 | 25 |
| 6 | 16 | 26 |
| 7 | 17 | 27 |
| 8 | 18 | 28 |
| 9 | 19 | 29 |
| 10 | 20 | 30 |
| | | 31 |

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN



OSCONARA