



### **REQUISITOS DE PRESTADORES ACOMPAÑANTES TERAPEUTICOS**

- **1.- CURRICULUM VITAE Y FOTOCOPIA DEL TITULO.-**
- **2.- INSCRIPCION Y CONDICION FISCAL FRENTE A AFIP. EN CASO DE SER EXENTO EN EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS PRESENTAR CERTIFICADO DE EXENCION RG SEGÚN RESOLUCION GENERAL VIGENTE NRO. 2681 POR EL PERIODO ACTUAL**
- **3.- POLIZA DE SEGURO DE MALA PRAXIS RESPONSABILIDAD CIVIL**
- **4.- INGRESOS BRUTOS – CONSTANCIA DE INSCRIPCION Y/O EXENCION.**
- **( EXCLUYENTE )**
- **5. EN CASO DE SALIDA CON EL ACOMPAÑADO PRESENTAR:**
  - **FOTOCOPIA DE LICENCIA DE CONDUCIR VIGENTE**
  - **SEGURO DE VEHICULO VIGENTE**
- **6. CERTTIFICADO ANTECEDENTES PENALES**

Consultas al:

Email: [nolmos@adoscomodoro.org.ar](mailto:nolmos@adoscomodoro.org.ar)

Whatsapp  297-5362884



**DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA AT:**

- C. Vitae actualizado.
- Fotocopia de seguro de mala praxis y comprobante del último pago.
- Constancia de Inscripción Afip
- Ingresos Brutos y Comprobante de Pago.-
- Antecedentes Penales Nacionales

**MARCAR LO QUE CORRESPONDA CON X**

|                                                                        | SI | NO |
|------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <b>MATRICULA</b>                                                       |    |    |
| <b>INSCRIPCION EN ASOC. ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO</b>                    |    |    |
| <b>Título Habilitante</b> avalado por Ministerio de Educación y Salud. |    |    |
| <b><u>Especificar:</u></b>                                             |    |    |
|                                                                        |    |    |
| <b>OTROS</b>                                                           |    |    |
| <b><u>Especificar:</u></b>                                             |    |    |
|                                                                        |    |    |
|                                                                        |    |    |
|                                                                        |    |    |
| Adjuntar documentación respaldatoria:                                  |    |    |

**VALORES SUJETO A AUDITORIA.**

Enviar por mail: [nolmos@adoscomodoro.org.ar](mailto:nolmos@adoscomodoro.org.ar)

**Firma A.T:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICA****IMPORTANTE:**

*El presente Formulario **debe ser completado por el médico psiquiatra/terapista ocupacional, depende patología y diagnóstico.***

- 1- Siendo el Acompañante Terapéutico una prestación de salud mental, no nomendada conforme el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad ( Ley 24901) **sólo se contemplará su autorización siempre que se justifique médicamente el beneficio de la incorporación de la Acompañante.**
- 2- Debe ser solicitada por un **Médico Psiquiatra/terapista ocupacional**, completar la planilla de solicitud NO REEMPLAZA el pedido médico, el mismo debe ser prescripto conteniendo los siguientes datos:
  - NOMBRE Y APELLIDO
  - DNI
  - DIAGNOSTICO: DEBE COINCIDIR CON EL QUE FIGURA EN EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
  - PRESTACION SOLICITADA PRESCRIPTA POR FRECUENCIA SEMANAL (EJ. LUNES A VIERNES) – CANTIDAD DE HS. DIARIAS (4 HS. X DIA)- PERIODO ( EJ: ENERO A DICIEMBRE 2024) DEBE ACLARAR SI SERA AT DOMICILIARIO O ESCOLAR.
- 3- En los casos que el Acompañamiento sea Escolar, deberá presentarse informe interdisciplinario (todas las terapias o disciplinas) y Nota de la Institución Educativa solicitando la prestación.
- 4- En todos los casos los datos de la presente solicitud serán cotejados con la H. Clínica – actualizada – con el esquema global de terapias / prestaciones de rehabilitación, con el plan de acompañamiento y con el contexto socio-familiar del afiliado. De este modo, Auditoría médica determinará – en caso de ser necesario- la realización de auditoría de terreno y de esta forma, confirmar o descartar la solicitud.-
- 5- **Se solicitara, informe semestral firmado por psiquiatra/terapista ocupacional, concreto de los objetivos alcanzados y trabajo realizado, dichos informes se presentaran en julio 2024 con Facturacion de Junio y en Enero 2026 con facturación de Diciembre 2025.** Cada mes con la facturación se debe adjuntar informe mensual junto a la planilla de asistencia domiciliaria/escolar según corresponda.
- 6- Se solicita letra clara y legible, en tinta negra. De ninguna manera se aceptarán tachaduras ni enmiendas, tanto en los formularios como en los pedidos médicos.-

### DATOS DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Cuit/Cuil: \_\_\_\_\_

Domicilio de Atención: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLINICA

Diagnóstico:

[illegible]

- 1- Debe elaborar un informe de evaluación inicial y en el segundo semestre para su renovación, un informe de la evolución del afiliado.
- 2- Se ruega no repetir informes, en caso de no haber evolución favorable, explicitarlo.
- 3- Detallar el equipo interdisciplinario con el que trabajará el Acompañante Terapéutico.
- 4- Especificar los objetivos concretos perseguidos, la indicación de horas semanales y el tipo de Acompañamiento Terapéutico requerido (Escolar o Domiciliario).
- 5- En caso de ser Acompañante Escolar deberá adjuntar el Consentimiento firmado por la Dirección del Establecimiento, los Padres y la/el Acompañante.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**ESCALA DE FIM (Medida de Independencia Funcional) LLENAR SOLO SI SE PIDE DEPENDENCIA**

| INDEPENDIENTE                  | PUNTAJE |
|--------------------------------|---------|
| Independencia Total            | 7       |
| Independiente con Adaptaciones | 6       |

| DEPENDIENTE                                                      | PUNTAJE |
|------------------------------------------------------------------|---------|
| Solo requiere supervisión. No se toca al paciente                | 5       |
| Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta hasta 75% o más | 4       |
| Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más          | 3       |
| Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más            | 2       |
| Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%         | 1       |

|                              |                                             |  |
|------------------------------|---------------------------------------------|--|
| <b>Autocuidado</b>           |                                             |  |
|                              | Alimentación                                |  |
|                              | Aseo Personal                               |  |
|                              | Baño                                        |  |
|                              | Vestimenta superior                         |  |
|                              | Vestimenta Inferior                         |  |
|                              | Uso del Baño                                |  |
| <b>Control de Esfínteres</b> |                                             |  |
|                              | Control de Intestinos                       |  |
|                              | Control de Vejiga                           |  |
| <b>Traslados</b>             |                                             |  |
|                              | Traslado a la cama, silla o silla de ruedas |  |
|                              | Traslado al baño                            |  |
|                              | Traslado a la ducha o bañera                |  |
| <b>Locomoción</b>            |                                             |  |
|                              | Marcha o Silla de Ruedas                    |  |
|                              | Escalera                                    |  |
| <b>Comunicación</b>          |                                             |  |
|                              | Comprensión                                 |  |
|                              | Expresión                                   |  |
| <b>Conexión</b>              |                                             |  |
|                              | Interacción Social                          |  |
|                              | Resolución de problemas                     |  |
|                              | Memoria                                     |  |
|                              |                                             |  |
|                              | <b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>                    |  |

**FORMULARIO DE PLAN DE TRABAJO DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO****IMPORTANTE:**

*El presente Formulario **debe ser completado por el/la Acompañante Terapéutica/o.***

- 1- Se solicita letra clara y legible, en tinta negra. No se aceptarán tachaduras ni enmiendas, tanto en los formularios como en las planillas de asistencia.-
- 2- Solo se autorizará que el Acompañamiento sea realizado por : Acompañante Terapéutico graduado en una carrera universitaria de duración mayor o igual a dos años y debidamente acreditada por el ministerio de educación – Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico
- 3- En los casos que el Acompañamiento sea Escolar, deberá presentarse informe interdisciplinario (todas las terapias o disciplinas) y Nota de la Institución Educativa solicitando la prestación.
- 4- En todos los casos los datos de la presente solicitud serán cotejados con la H. Clínica – actualizada – con el esquema global de terapias / prestaciones de rehabilitación, con el plan de acompañamiento y con el contexto socio-familiar del afiliado. De este modo, Auditoría médica determinará – en caso de ser necesario- la realización de auditoría de terreno y de esta forma, confirmar o descartar la solicitud.-
- 5- ***Se solicitara, informe semestral firmado por psiquiatra/terapista ocupacional, concreto de los objetivos alcanzados y trabajo realizado, dichos informes se presentaran en julio 2024 con Facturacion de Junio y en Enero 2026 con facturación de Diciembre 2025.*** Cada mes con la facturación se debe adjuntar informe mensual junto a la planilla de asistencia domiciliaria/escolar según corresponda.
- 6- Siendo que la prestación de Acompañante Terapéutico no se encuentra nombrada por la Ley 24.901, ni su arancel determinado por Resoluciones de Ministerio de Salud y/o Agencia de Discapacidad, **el valor de la prestación será determinado por ADOS Comodoro Rivadavia e informado a todos los profesionales que así lo consulten y que pretendan desempeñarse como prestadores de esta Obra Social.-**



**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Cuit del Afiliado: \_\_\_\_\_ F. Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N° Contacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
***Firma Beneficiario o Representante***\_\_\_\_\_  
***Aclaración***\_\_\_\_\_  
***DNI*****DATOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

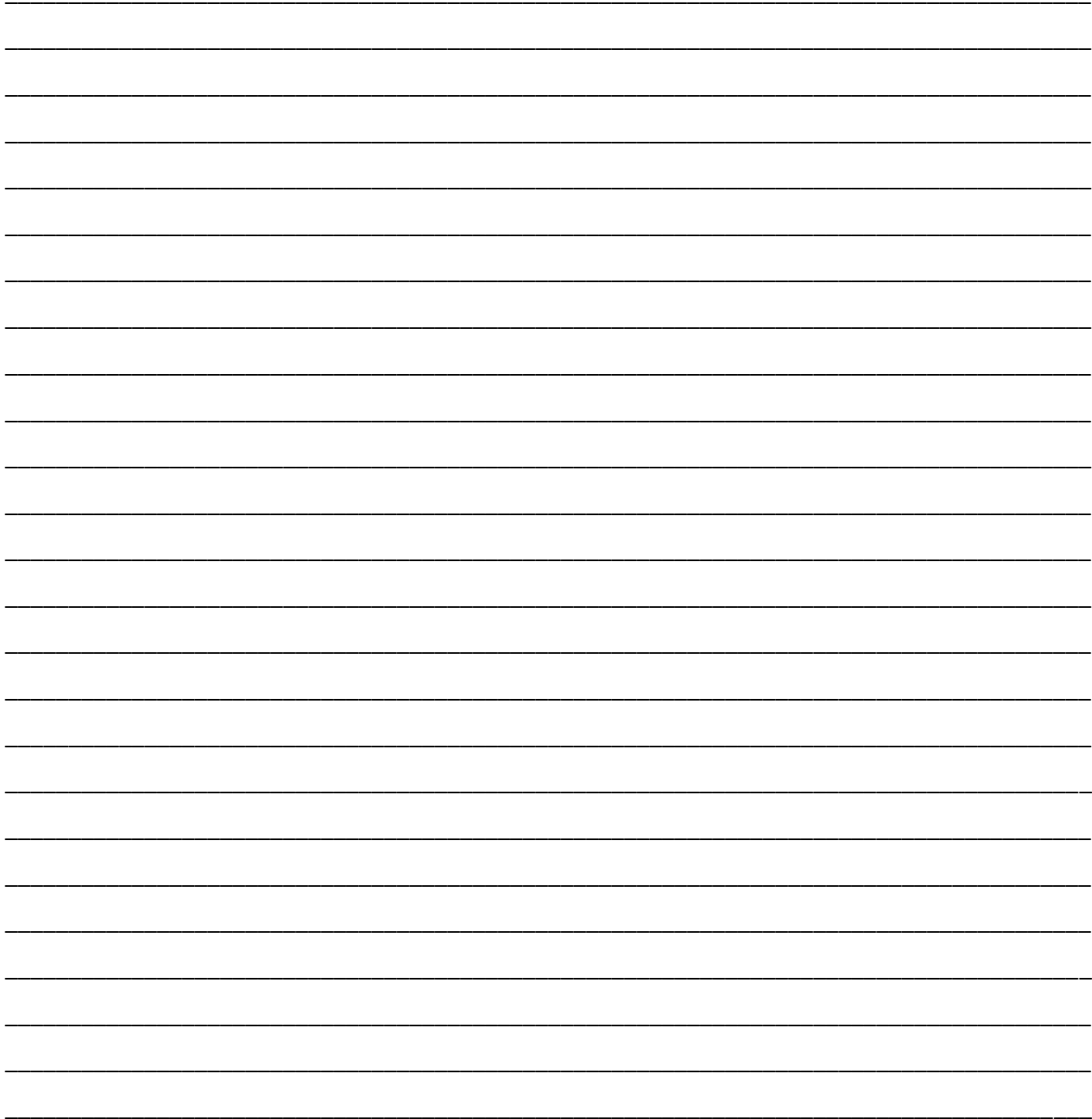
Domicilio de Atención: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_



- Debe detallarse un informe de evaluación inicial o informe de evolución ( Si brinda el Acompañamiento al afiliado desde periodos anteriores)
- Se ruega no repetir informes. En caso de no haber evolucionado favorablemente, explicitarlo.
- Elaborar la propuesta metodológica del plan de acompañamiento, exponer la planificación concreta de las actividades a realizar para alcanzar dichos objetivos en el año 2025



Fecha

**PRESUPUESTO ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

Fecha y Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Cuit del Afiliado: \_\_\_\_\_ F. Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N° Contacto: \_\_\_\_\_

**Datos de la Prestación ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO:**
**PERIODO 2025:**

|                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| DESDE _____               | HASTA _____            |
| <b>CANTIDAD DE HORAS:</b> |                        |
| _____ HS/DIA              | _____ HS/ SEMANA       |
| <b>VALOR AUTORIZADO:</b>  |                        |
| \$ _____ POR HORA         | \$ _____ TOTAL MENSUAL |

**DATOS DEL PRESTADOR:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Condición frente al IVA: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**CRONOGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO:**

Domicilio de Atención: \_\_\_\_\_

| HORARIO | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| DESDE   |       |        |           |        |         |
| HASTA   |       |        |           |        |         |

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y sello del Acompañante

**PLAN DE TRABAJO MENSUAL**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

El siguiente informe debe detallar los objetivos que se desarrollan en el transcurso del mes, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y el núcleo de apoyo, describir resultados alcanzados.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION

YO.....DOY MI CONSENTIMIENTO Y ESTOY  
CONFORME A LOS OBJETIVOS ALCANZADOS, PROPUESTOS Y LOS BENEFICIOS ESPERADOS DEL  
TRATAMIENTO DE MI HIJO/A.....

.....  
FIRMA Y ACLARACION MADRE,  
PADRE, O TUTOR



|                               |
|-------------------------------|
| <b>ACTUALIZACION DE DATOS</b> |
|-------------------------------|

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| <b><i>APELLIDO Y NOMBRE</i></b>              |  |
| <b><i>DNI</i></b>                            |  |
| <b><i>N° CUIL/CUIT</i></b>                   |  |
| <b><i>CELULAR</i></b>                        |  |
| <b><i>EMAIL</i></b>                          |  |
| <b><i>DOMICILIO ACTUAL</i></b>               |  |
| <b><i>LOCALIDAD</i></b>                      |  |
| <b><i>ESPECIALIDAD</i></b>                   |  |
| <b><i>AFILIADOS (Llenado por la o.s)</i></b> |  |

|                                                         |  |
|---------------------------------------------------------|--|
| <b><i>Periodo prestacional (Llenado por la o.s)</i></b> |  |
|---------------------------------------------------------|--|



**PLANILLA DE ASISTENCIA ESCOLAR**

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| <b>Apellido y Nombre:</b>      |                           |
| <b>N° afiliado</b>             | <b>Mes de prestación:</b> |
| <b>Nombre del profesional:</b> |                           |

**MARCAR CON X DIAS QUE CORRESPONDE**

**Lunes.....Martes.....Miercoles.....Jueves.....Viernes.....**

| <u>Día</u> | <u>Entrada</u> | <u>Salida</u> | <u>Firma de Profesional</u> |
|------------|----------------|---------------|-----------------------------|
| 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         |                |               |                             |

( Los numeros en la fila de Dia, corresponden a dia/fecha calendario )

**Firma y sello del Directivo de la Escuela .....**

**DATOS A TENER EN CUENTA PARA CONFECCIONAR FACTURAS SEGÚN  
RESOLUCION 1743/2024**

1. **CUIT ADOS**: 30-56199613-6
2. **PERIODO FACTURADO**: el periodo debe ser el trabajado ej: 01-X-2024 al 31-X-2024
3. **CONDICIÓN FRENTE A IVA**: IVA sujeto exento
4. **CONDICIÓN DE VENTA**: Otra
5. **FECHA DE VENCIMIENTO PARA EL PAGO**: Según convenio a 60 días desde fecha de factura
6. **DETALLE**: Nombre del beneficiario, D.N.I, mes de la prestacion, prestacion otorgada, la facturacion debe presentarse del 15 al 20 del mes siguiente de efectuada la prestacion.

**INSTRUCTIVO ENTREGA DE FACTURAS POR  
DISCAPACIDAD**

**PRESTADOR**

1. FACTURAS POR TRIPLICADO LA TERCERA ES PARA EL PRESTADOR, SE SELLA CON RECEPCION
2. PLANILLA DE PRESENTISMO :  
FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR/DIRECTOR  
FIRMA DE LA MADRE/ PADRE /TUTOR, CON LA ACLARACION.  
Deben ser confeccionadas legibles, con fecha, mes de prestacion, dias y horarios pactados en los cronogramas del presupuesto presentados a la Obra Social.
3. INFORME MENSUAL
4. INFORME SEMESTRAL (se presentan en Julio con facturacion de Junio y en Enero con facturacion de Diciembre)

**LAS FACTURAS TIENEN QUE SER "B" O "C" PORQUE NOSOTROS SOMOS EXENTOS. IMPORTANTE PARA FACTURAR:**

- La planilla de asistencia e informe mensual debe ser anexada en original a la factura que mensualmente se emita.
- **La facturación deberá ser presentada del 15 al 20 de cada mes.**
- **En caso de no poder presentar la factura** mensual en tiempo y forma, y ante cualquier eventualidad que surja, **el motivo tendrá que ser justificado en forma escrita.**
- **Los días de atención brindada deben coincidir sin excepción con el cronograma del presupuesto presentado. PARA EVITAR DEBITOS. FERIADOS NACIONALES NO SE RECONOCEN.**
- **Serán debitadas las sesiones / horas que excedan los pedidos médicos prescriptos por el profesional especialista.**
- **Se debe adjuntar 1 planilla de asistencia por cada mes. En el formato de la planilla los números del día corresponden al día calendario**



## ACUERDO ESCOLAR

En el día de la fecha, en la ciudad de ..... se establece el presente acuerdo entre la Escuela ..... con domicilio sito en ..... representada por (Director) ..... el alumno ..... con DNI ..... representado por ..... y la Acompañante Terapéutica / Maestra de Apoyo / Equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por ..... para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año..... Sala/Grado/Año..... Turno..... en ..... los ..... días ..... y ..... horarios .....  
Período.....

*La Institución Educativa y el /la Maestra de Apoyo - Acompañante Terap. / Equipo de AIE se comprometen a:*

- ✓ Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- ✓ Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- ✓ Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- ✓ Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

*La familia se compromete a :*

- ✓ Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- ✓ Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- ✓ Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- ✓ Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma y Sello de la Directora de la Escuela donde se realizará la integración:

Aclaración: .....

Firma del Padre/Madre/ o Tutor:

Aclaración: .....

Firma y Sello de Acompañante Terap./ Maestra/o / Equipo de AIE:

Aclaración: .....