

# CARTILLA PRESTADORES DISCAPACIDAD 2026



## Glosario

1. Lineamientos generales	pag. 01
2. Requisitos específicos	pág. 05
2.1. Instituciones	pág. 05
2.2. Profesionales independientes	pág. 05
2.3. Equipo de integración escolar	pág. 06
2.4. Transporte	pág. 07
3. Formularios.	
3.1. Formulario nº1 “Datos personales del afiliado”	pág. 08
3.2. Formulario nº 2 “Modelo de consentimiento informado”	pág. 09
3.3. Formulario nº 3 “Modelo de nota de cambio de prestador”	pág. 10
3.4. Formulario nº 4 “Acta de compromiso de Integración Escolar”	pág. 11
3.5. Formulario nº5 “Presupuesto Instituciones y/o profesionales independientes”	pag. 12
3.6. Formulario nº 6 “Declaración jurada de no posesión de vehículo franquiciado”	pág. 13
3.7. Formulario nº7 “Informe prestación transporte”	pág. 14
3.8. Formulario nº 8 “Modelo presupuesto de transporte”	pág. 15
3.9. Formulario nº9 “Alta de proveedores”	pág. 16

## Lineamientos Generales

Los siguientes puntos son de cumplimiento obligatorio

1. Estimado beneficiario, el presente instructivo contiene los requisitos necesarios para acceder a la cobertura de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad del año 2026, de acuerdo a lo establecido en el nomenclador vigente Resol.428/99. que comprende a los beneficiarios mayores de un año de edad y hasta los sesenta años inclusive
2. Lo solicitado en este instructivo debe ser enviado a la Obra Social OSTVLA por e-mail, en archivo en formato PDF. al área de Discapacidad Casa Central [legajos2025discapacidad@osdepym.com.ar](mailto:legajos2025discapacidad@osdepym.com.ar), indicando en el asunto: nombre y apellido del afiliado y DNI.
3. Cada beneficiario debe cumplir en realizar la entrevista con "Incluir", el equipo interdisciplinario de la Obra Social, sin excepciones.
4. Una vez finalizada la entrevista mencionada, el equipo interdisciplinario remitirá el esquema terapéutico anual directamente a la obra social, en formato de resumen de historia clínica, órdenes médicas, escala de dependencia FIM - en caso de necesitar- e informe del beneficiario.
5. Para ello, deben enviar email solicitando la cita e indicando datos de contacto a [incluir@redincluir.com](mailto:incluir@redincluir.com) y se les asignará la fecha de manera inmediata.
6. Cada solicitud se analizará y se autorizará desde OSTVLA casa central Sector Discapacidad, una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa, y a posterior de la evaluación del equipo Interdisciplinario de Discapacidad de la Obra social.
7. Si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos médicos establecidos por la normativa vigente. Siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.
8. En ningún caso la recepción de la documentación implica la renovación de la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del área de Discapacidad y tiene un tiempo de gestión mínimo de 15 días desde recibida la documentación vía mail. Una vez finalizada la gestión, se informarán los faltantes o la propia autorización por sistema automático por medio de un email.

### ATENCION

- Las prestaciones se autorizan por períodos de fecha posterior a la presentación de la documentación. No se autorizará períodos retroactivos ni se gestionarán reintegros por prestaciones ya brindadas
- Los aranceles autorizados serán aquellos estipulados por el Ministerio de Salud de la Nación, para las prestaciones reconocidas en el Nomenclador de Prestaciones básicas para personas con Discapacidad. No se autorizará presupuestos de capacitación, supervisión y/o coordinación
- No se liquidarán facturas cuya prestación no haya sido AUTORIZADA previamente, por lo cual, queda bajo la responsabilidad de los beneficiarios, profesionales y/o instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma
- Las facturas deben cargarse en la web de la obra social dentro de los 10 días posteriores, DE FINALIZADO el mes en que se brindó la prestación. No se liquidarán facturas presentadas fuera de término, ni aquellas que no hayan sido cargadas según se indica en instructivo de facturación
- A mitad de año todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un informe semestral de Evaluación/Evolución del paciente. Al finalizar el periodo todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar un informe final circunstanciado de la evolución y estado actual del beneficiario

- No se autorizarán tratamientos de los lugares y/o profesionales que tengan vencida la categorización y/o no estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Servicio Nacional de Rehabilitación No se autorizará prestaciones con fecha anterior a la de emisión del certificado de discapacidad Se deberá informar en forma fehaciente cualquier variación, inclusión, exclusión, modificación, etc., que se produzca en el tratamiento por medio de una nota firmada por el titular en original. Para la aprobación del cambio de prestador, deberá presentarse nuevamente la documentación que se indica en el presente.
- En el Régimen del Monotributo, el estricto cumplimiento de los pagos mensuales es condición obligatoria para recibir la cobertura médica correspondiente. Ante la ausencia de los mismos, se procede a la inmediata suspensión de las prestaciones autorizadas
- No se dará curso a todo tratamiento que no tenga evidencia científica por la OMS y/o que no figure en el Nomenclador Básico para Personas con Discapacidad

**Toda alteración o falta de autenticidad de la documentación aquí solicitada, será derivada al Departamento de Asuntos Legales de la OOSS para su intervención.**

### **RESUMEN DE CONTENIDO DE CADA PRESENTACION**

Según Resolución 1731/21 de la Superintendencia de Servicios de Salud:

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

#### **Presentación de solicitud de prestaciones :**

##### **A. Documentación Del Beneficiario:**

- a. Fotocopia del DNI del paciente con discapacidad y del titular de la OOSS
- b. Constancia de CUIL (ANSES) e Inscripción en el Padrón de Beneficiarios de la Superintendencia de Servicios de Salud del titular y el paciente
- c. Copia Vigente del C.U.D - Certificado Único de Discapacidad – según Ley Nº 22.431 y Ley Nº 24.901.

##### **Monotributistas**

- • Constancia de inscripción del titular en el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes al inicio de cada periodo de tratamiento  
Últimos SEIS (6) comprobantes de pago del monotributo consecutivos, al inicio de cada periodo del tratamiento
- d. Documentación de cada prestador, de acuerdo a lo indicado para cada prestación en este instructivo
- e. Conformidad completa y firmada para cada prestación, puede enviarse realizada en forma manuscrita digital. Se incluye modelo en este instructivo.
- f. Presupuesto completo para cada prestación, firmado y sellado. Se incluye modelo en este instructivo
- g. Informe de evaluación inicial en el caso de comenzar una nueva prestación
- h. Informe completo del año que se finaliza y plan de abordaje para el periodo que se presupuesta
- i. Constancia de alumno regular, emitida por institución educativa, del año en curso.
- j. Alta de prestador, de cada uno de ellos. Se incluye modelo en este instructivo

### **BAJA DE LA PRESTACIÓN**

En aquellos casos que se desee dar la BAJA de la/s prestación/es, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberá informarlo a la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga por medios digitales o los habilitados por la entidad.

### **ALTA O CAMBIO DE PRESTADOR**

Cada afiliado puede pedir cambio de sus prestadores cuando fuera más beneficioso para el tratamiento del beneficiario. Deberá enviar la documentación completa del nuevo prestador junto con nota de cambio de prestador informando la baja y el alta de cada prestador, respectivamente. Se incluye modelo en este instructivo

### **Requisitos específicos para cada prestación:**

**1. Instituciones:** Centros Educativos, Centros Educativos Terapéuticos, Centros de Día, Centros de Rehabilitación, Hogares, Residencias.

- Fotocopia de la resolución completa de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, según Resol. Ministerial 444/14
- Fotocopia de la resolución completa de Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad (SNR), para los casos en que no corresponda la inscripción en el RNP
- Constancia de CUIT
- Presentación del formulario de Alta de Proveedores (ver modelo alta proveedor) Conformidad firmada por el titular y el prestador en original al inicio del tratamiento. Debe ser individual por cada prestación solicitada. Se incluye modelo en este instructivo
- Para solicitudes de Hogar en cualquiera de sus modalidades, se debe presentar informe de trabajador social.

**2. Profesionales Independientes:** Lic. en Fonoaudiología; Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Psicopedagogía.

- Fotocopia de DNI, título profesional y de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud, en un todo de acuerdo a la Resolución 444/14
- Deberán acreditar la Habilitación sanitaria del consultorio Resol.1086/19 y enviar copia de la póliza de Seguro de Responsabilidad Profesional (Seguro de "mala praxis"), seguro de accidentes personales con No repetición y copia de la constancia de inscripción ante AFIP
- Presentación del formulario de Alta de Proveedores Se incluye modelo en este instructivo.

**3. Equipo de Integración Escolar o Maestra de Apoyo Escolar:**

- Constancia de ALUMNO REGULAR original del Establecimiento Educacional al que asiste el beneficiario, que certifique su condición de alumno regular para el año solicitado. Deberá ser presentada dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del ciclo lectivo.
- Acta Acuerdo de Integración firmada por la docente integradora, los padres del paciente, y un representante legal de la escuela donde se realice la integración. Se incluye modelo en este instructivo. Deberá ser presentada dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del ciclo lectivo.
- Presupuesto del Equipo Integrador por Institución o del Maestro o Profesor de Educación Especial y/ o Psicopedagogo que realice el Apoyo a la Integración Escolar con N° de CUIT, firma autorizada y fecha, detallando cantidad de sesiones/horas por semana de atención y el valor mensual
- Informe de la Institución o del Profesional con el plan de la integración, detallando: grado o nivel en que se encuentra el niño, plan de trabajo que debe incluir las reuniones con los padres/docentes de grado y docentes especiales y coordinador, proyecto de integración con objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por la docente especial o el /los profesionales que intervienen.
- Fotocopia completa de la resolución de categorización otorgada al Equipo Integrador, emitida por el Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Fotocopia de la constancia de inscripción en AFIP.
- En el caso de Maestro o profesor en Educación Especial independientes que no requieran inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, fotocopia del DNI, del título, certificado analítico de materias y de la matrícula, en caso de que cuente con la misma.

**4. Transporte**

- Declaración jurada del domicilio donde vive la persona con discapacidad y/o Certificación de Domicilio emitido por departamento policial. Acreditar el pedido con el detalle de las direcciones correspondientes en la justificación médica pertinente mediante el Resumen de Historia Clínica. El acceso al presente beneficio, se autorizará a aquellos pacientes que se vean imposibilitados de utilizar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314 art 22 inc. a). y acompañen una justificación médica precisa de dicha necesidad.

- Presupuesto, según Modelo de TRANSPORTE con nombre del beneficiario y periodo de prestación, indicando domicilio de origen y de destino, días y horarios. Se contemplará kilometraje diario con la verificación en GOOGLE MAPS, **resultando autorizado el recorrido de menor distancia**. La cobertura a brindar siempre será para los destinos de rehabilitación y escolaridad. No se autorizan horas de espera, ni recorridos que no impliquen la ida y vuelta del paciente a la rehabilitación y/o la escolaridad. Asimismo, serán tomados como válidos los recorridos diarios efectivamente realizados, corroborando con el cronograma de días y horarios informados en el consentimiento del diagrama del Traslado según Resol.887/17, y verificados en planilla de asistencia de la prestación que realiza. No se contemplarán viajes de días feriados, paros o de otra índole. Se incluye modelo en este instructivo.
- Acompañar un Certificado de cobertura emitido por la Compañía de Seguros, del Seguro del vehículo que utilicen, o de
- Responsabilidad Civil de la empresa de transporte, remisería, etc. No se aceptarán pólizas que especifiquen como “Destino/Uso: Particular”.
- Fotocopia del DNI y del Registro de Conducir del transportista D1 D2, Constancia de Inscripción en AFIP, Verificación técnica vehicular y Habilitación Municipal de la compañía de transporte o remisería.
- Confeccionar una factura con el detalle de cada recorrido y acompañarla con una planilla de recorrido firmada por la madre tutor o acompañante, que coincida con lo declarado en el presupuesto.
- Declaración Jurada de no posesión de Vehículo otorgado por el Servicio Nacional de Rehabilitación, firmada por el titular. Se incluye modelo en este instructivo.
- Formulario de Alta de Proveedores. Se incluye modelo en este instructivo.

## CONTACTOS

Consultas prestacionales: [Discapacidad@osdepym.com.ar](mailto:Discapacidad@osdepym.com.ar)

Consultas por facturación: [prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar](mailto:prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar) / [integracion@tecnicosdevuelo.org.ar](mailto:integracion@tecnicosdevuelo.org.ar)

Equipo Interdisciplinario Incluir: Tel: 4583-1273 E-mail: [incluir@redincluir.com](mailto:incluir@redincluir.com)



**Formulario nº 1**

**DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:**

**NOMBRE Y APELLIDO:** .....

**DNI:** .....

**DIAGNOSTICO:** .....

**NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:** .....

**TELEFONO PARTICULAR:** ..... **CEL:** .....

**TELEFONO ALTERNATIVO (INDICAR A QUIÈN PERTENECE):** .....

**MAIL:** .....

**DOMICILIO:** ..... **LOCALIDAD:** .....

**GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VINCULO):** .....

.....

**OTROS:** .....

.....



**Formulario nº 2**

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - DISCAPACIDAD**

**Anexo según Res. 1731/21 SSS/MS**

**ANEXO CONFORMIDAD PRESTACIÓN 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: .....

Lugar y fecha: .....



**Formulario nº 3**

**MODELO DE NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR**

Fecha: .....

Sres. (OOSS) .....,

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un cambio de prestador para el beneficiario .....  
con DNI .....

Nuevo prestador: .....

Prestación: .....

Mes de Inicio: .....

Se deja constancia de la baja del prestador ..... quien prestó el servicio hasta el mes de .....

Observaciones: .....  
.....

Firma beneficiario/Representante\*: .....

\*En caso de ser el representante, detallar parentesco

Aclaración: .....

DNI: .....



**Formulario nº 4**

**Acta de compromiso de Integración Escolar**

A los ..... Días del mes de ..... de ....., en la localidad de ..... Buenos Aires, se reúnen .....

.....  
.....  
.....

Para acordar los siguientes aspectos del niño/a .....

Dni ..... socio de la obra social ..... Nº de afiliado .....

El horario de Acompañante (Figura válida para la Institución educativa) o Maestra de Apoyo a la Integración Escolar (Figura válida para la O. Social según Nomenclador Nacional para las personas con Discapacidad); dentro del recinto escolar será en ..... los días ..... en la franja horaria ..... a .....

El rol consistirá en asistir al niño/a dentro de la dinámica áulica; dichas intervenciones serán a nivel asistencial y en el campo pedagógico siempre que la actividad lo requiera.

Se trabajará mancomunadamente con la docente de grado y la Psicopedagoga en el caso que corresponda.

Se buscará la mayor autonomía por parte del niño/a integrado, que pueda respetar los tiempos de actividad dentro del aula.

Promover mayores niveles atencionales.

La totalidad de los honorarios del Módulo de equipo Integrador y/o profesional destinado al caso es solventada directamente por la O. Social con los valores establecidos y en cumplimiento de la Resol. Vigente Nº..... Según el nomenclador básico para las personas con Discapacidad del niño/a acompañar.

En prueba de dicho acuerdo, los interesados firman al pie dos ejemplares.

A los ..... Días del mes de ..... Del año .....

.....  
Firma Padre / Tutor

Firma Integrador

Firma Resp Escuela



Anexo IV

**Formulario nº 5**

**PRESUPUESTO INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES INDEPENDIENTES**

Fecha: .....

Señores (OOSS).....

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2026.

Beneficiario .....

DNI: .....

Modalidad (virtual/presencial): .....

Periodo solicitado: ..... /2026 hasta ..... /2026

Cantidad de sesiones semanales ..... Cantidad de sesiones mensuales .....

Valor de la sesión ..... Monto mensual .....

Especificar con una X en caso de corresponder:

Jornada Simple

Jornada Doble

Incluye dependencia

Aclaraciones: .....

Especialidad /Prestación: .....

Prestador: .....

Nº de CUIT: ..... Teléfono:.....

**CRONOGRAMA DE ASISTENCIA**

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					

Nº DE CUIT

TELEFONO

E-Mail:.....Domicilio.....

\_\_\_\_\_  
firma y Sello del Prestador

\_\_\_\_\_  
Aclaración / DNI / N° de Matrícula

Anexo IV



**Formulario nº 6**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO**

FECHA: .....

Señores OSTVLA:

De nuestra mayor consideración:

Por la presente, y a requerimiento del Sistema Único de Reintegro, doy conformidad que NO poseo vehículo adquirido por franquicia otorgada por el Servicio Nacional de Rehabilitación para mi hijo/a con DISCAPACIDAD.

Sin más saludo a Uds. atte.

Firma del Padre, Madre o Tutor: .....

Aclaración: .....

DNI: .....



**Formulario nº 7**

**INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE**

Mes \_\_\_\_\_ de 2026 .

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Número de DNI:

PERÍODO :

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento

Social Preventivo y Obligatorio?  Sí  NO

MOTIVO: \_\_\_\_\_

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de asistencia brindó? TRASLADO DE:

ALIMENTOS

MATERIAL DIDÁCTICO

OTROS \_\_\_\_\_

PRESENCIAL PERÍODO:

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA TRASLADO DE

PRESENCIAL TRASLADO DE

ALIMENTOS

MATERIAL DIDÁCTICO

OTROS

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA TRASLADO DE

PRESENCIAL TRASLADO DE

ALIMENTOS

MATERIAL DIDÁCTICO

OTROS

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA TRASLADO DE

PRESENCIAL TRASLADO DE

ALIMENTOS

MATERIAL DIDÁCTICO

OTROS

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR

**Formulario nº 8****MODELO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE**

Fecha: .....

Señores (OOSS)

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2023.

Beneficiario .....

DNI: .....

Periodo solicitado: ..... /2026 hasta ..... /2026

Cantidad de Kilómetros semanales .....

Cantidad de Kilómetros mensuales .....

Valor del Kilómetro (\$) .....

Monto mensual (\$) .....

Especificar con una X en caso de corresponder:     Incluye dependencia

Recorridos	KM POR DIA	KM POR MES
<b>RECORRIDO 1            PRESTACION DE DESTINO</b>		
Especificar día de la semana		
Domicilio de Origen		
Domicilio de Destino		
<b>RECORRIDO 2            PRESTACION DE DESTINO</b>		
Especificar día de la semana		
Domicilio de Origen		
Domicilio de Destino		
<b>RECORRIDO 3            PRESTACION DE DESTINO</b>		
Especificar día de la semana		
Domicilio de Origen		
Domicilio de Destino		
<b>Cantidad total de kilómetros</b>		

Observaciones: .....

Prestador: .....

CUIT: .....

Teléfono: .....

Mail: .....

Domicilio: .....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Prestador\_\_\_\_\_  
Aclaración / DNI

**Formulario nº 9****ALTA DE PROVEEDORES**

Ante cualquier consulta, comunicarse al siguiente mail: [altaproveedores@osdepym.com.ar](mailto:altaproveedores@osdepym.com.ar)

Proveedor Nro.:

Vigencia:

<b>Datos institucionales</b>				
Razón social:				
Domicilio				
Calle	NUMERO	PISO	DPTO	LOCALIDAD
CODIGO POSTAL		PROVINCIA		
Teléfonos				
Dirección correo electrónico				
Nº de Inscripción en la SSS:				
<b>Datos Impositivos</b>				
CUIT				
Razón legal				
Condición respecto del IVA	EXENTO ( )	INSCRIPTO ( )	MONOTRIBUTO ( )	
Condición respecto de Ganancias:				
(Marcar lo que corresponda)	EXENTO ( )	NO EXENTO ( )		
Condición respecto a Ingresos Brutos:				
(Marcar lo que corresponda)	LOCAL ( )	CONVENIO MULTILATERAL ( )		
	REGIMEN SIMPLIFICADO ( )	EXENTO ( )		
Nº de inscripción en Ingresos Brutos:				
<b>Medico</b>				
No ( )	SI ( )	MATRICULA EN	BS AS ( )	OTRA ( )
<b>Tipo de prestación</b>				
Turismo ( )	CENTRO MEDICO ( )		OTROS ( )	

<b>DATOS PARA LA REALIZACION DE PAGOS/ TRANSFERENCIA ELECTRONICA</b>		
DENOMINACION DE LA CUENTA		
CUIT DEL TITULAR DE LA CUENTA		
CHEQUE A NOMBRE DE		
BANCO CON EL QUE OPERA		
NUMERO DE SUCURSAL DEL BANCO		
TIPO DE CUENTA	CUENTA CORRIENTE ( )	CAJA DE AHORRO ( )
(Marcar lo que corresponda)		
NUMERO DE CUENTA		
C.B.U DE LA CUENTA (COMPUESTO POR 22 DIGITOS)		
E-mail institucional para avisos de pagos:		
Firma y Aclaracion		
<b>Favor de completar la totalidad de los datos</b>		

**LISTADO DE PRESTADORES**

**1-REHABILITACION**

**1.1 AMBULATORIA**

**CABA**

**CERMI SALUD SA**  
**SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL,**  
**FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA.**

**SEDE CABALLITO**  
**AV RIVADAVIA 4684**

**TEL 4901-7800**

**MAIL [info@cermisalud.com.ar](mailto:info@cermisalud.com.ar)**

**CERMI SALUD S.A**  
**SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL,**  
**FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA.**

**SEDE PALERMO**  
**AV CORDOBA 3534**

**TEL 4862-0204**

**MAIL [info@cermisalud.com.ar](mailto:info@cermisalud.com.ar)**

**APRENDIENDO CERCA CANNING SRL**  
**REP BOLIVIANA DE VENEZUELA 1146 P\* 3 (1095)**

**TEL 5032-2412 INT 1301**

**WHATSAPP 112510-1917**

**MAIL [info@cercaospana.com](mailto:info@cercaospana.com)**

**REDAT SRL**

**PRINGLES 722 (1183)**

**TEL 4862-1593/ 4862-0958**

**MAIL [info@redat.com.ar](mailto:info@redat.com.ar)**

**GRAN BUENOS AIRES**

**ZONA NORTE**

**CERMI SALUD S.A**  
**SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL,**  
**FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA.**

**AV PTE PERON 1045 SAN FERNANDO**

**TEL 4725- 5195**

**MAIL [info@cermisalud.com.ar](mailto:info@cermisalud.com.ar)**

## ZONA OESTE

### **ANFI SALUD**

**PSICOLOGIA - FONOAUDIOLOGIA-PSICOPEDAGOGIA-TERAPIAFISICA-TERAPIAOCUPACIONAL**

**REPUBLICA 5672 VILLA BALLESTER (1653)**

**TEL: 4768-6710/ 4767-7482**

**MAIL [anfisalud@anfisalud.com.ar](mailto:anfisalud@anfisalud.com.ar)**

### **CERMI SALUD S.A**

**SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL,  
FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA.**

**SEDE SAN JUAN**

**DR EIZAGUIRRE 2431 SAN JUSTO**

**TEL 4651-2153**

**MAIL [info@cermisalud.com.ar](mailto:info@cermisalud.com.ar)**

### **APTUS**

**SERVICIO DE ATENCION MEDICA, TERAPIA FISICA, SERVICIO SOCIAL, PSICOLOGIA,  
PSICOPEDAGOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA**

**CONCEJAL TRIBULATO 930 SAN MIGUEL (1663)**

**TEL 011 4451-3986/ 4667-4334**

**MAIL [info@aptus-sm.com.ar](mailto:info@aptus-sm.com.ar)**

### **CLINICAL TRIAL SERVICE PERSONAL**

**MORENO 506 (1704) RAMOS MEJIA**

**TEL 5199-5600**

**MAIL [info@indelo.com.ar](mailto:info@indelo.com.ar)**

## ZONA SUR

### **CERCA SALUD y REHABILITACION S.A**

**KINESIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA  
OCUPACIONAL**

**MARIANO CASTEX 1277 CANNING (1804)**

**TEL: 2083-0078**

**MAIL [info@cercasalud.com](mailto:info@cercasalud.com)**

### **LOGRANDO**

**CONSULTA MEDICA EN REHABILITACION, PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA,  
FONOAUDIOLOGIA, KINESIOLOGIA, TRABAJO SOCIAL, TERAPIA OCUPACIONAL**

**SAN MARTIN 1819 LUIS GUILLON (1838)**

**TEL 011 7521-5162**

**MAIL [info@logrando.com.ar](mailto:info@logrando.com.ar)**

**CORDOBA**

**CENEIN**

CONSULTA MEDICA, TERAPIA FISICA, PSICOPEDAGOGIA, PSICOLOGIA,  
FONOAUDIOLOGIA, SERVICIO SOCIAL

CLEVELAND 5372 BARRIO SANTA ISABEL (5017)

TEL 351 5062068/ 351 3066237

MAIL [info@cenein.com.ar](mailto:info@cenein.com.ar)/ [institucional@cenein.com.ar](mailto:institucional@cenein.com.ar)

**MENDOZA**

**CEDDEC**

CONSULTA MEDICA, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA,  
FONOUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, SERVICIO SOCIAL

TENIENTE 1\* IBAÑEZ 43 B.GODOY CRUZ (5501)

TEL: 0261 4245425/ 4244472/ 2063297

MAIL [instituoeceddec@yahoo.com.ar](mailto:instituoeceddec@yahoo.com.ar)

**SANTA FE**

**MITA I SERVICIO DE REHABILITACION**

AV PELLEGRINI 541 ROSARIO (2000)

TEL 0341 4813624

MAIL [coordinacion@mitairosario.com](mailto:coordinacion@mitairosario.com)

**AYUN CENTRO DE ESTIMULACION Y APRENDIZAJES TEMPRANOS**

CASTELLANOS 557 ROSARIO (2000)

TEL 0341 6796476

MAIL [contacto@centroayun.com.ar](mailto:contacto@centroayun.com.ar)

**1.2 HOSPITAL DE DIA**

**1.3 INTERNACION**

**2-ESTIMULACION TEMPRANA**

**CABA**

**CENTRO CARI**

HIPOLITO IRIGOYEN 4081 (1208)

TEL: 4981-8259

MAIL [coordinacion@centrocari.com.ar](mailto:coordinacion@centrocari.com.ar)

**BLANCO PATRICIA**

AVDA RIVADAVIA 1367 P\* 4 B (1004)

CELULAR 1530089007

MAIL [patriciablanca@yahoo.com.ar](mailto:patriciablanca@yahoo.com.ar)



Anexo IV

**ZONA SUR**

**LOGRANDO**

**SAN MARTIN 1819 LUIS GUILLON (1838)**

**TEL : 7521-5162**

**MAIL [info@logrando.com.ar](mailto:info@logrando.com.ar)**

**INTERIOR DEL PAIS**

**MENDOZA**

**CEDDEC**

**TENIENTE 1\* IBAÑEZ 43B G.CRUZ (5501)**

**TEL: 0261 4245425/ 4244472/ 2063297**

**MAIL [institutoceddec@yahoo.com.ar](mailto:institutoceddec@yahoo.com.ar)**

**MISIONES**

**CENTRO SALUD DEL CERRO**

**MORITAN 2254 (3300)**

**TEL: 3764 234331/ 5260995**

**MAIL [delcerrorehabilitacion@gmail.com](mailto:delcerrorehabilitacion@gmail.com)**

**SANTA FE**

**MITA I SERVICIO DE REHABILITACION**

**AV PELLEGRINI 541 ROSARIO (2000)**

**TEL 0341 4813624**

**MAIL [coordinacion@mitairosario.com](mailto:coordinacion@mitairosario.com)**

**AYUN CENTRO DE ESTIMULACION Y APRENDIZAJES TEMPRANOS**

**CASTELLANOS 557 ROSARIO (2000)**

**TEL 0341 6796476**

**MAIL [contacto@centroayun.com.ar](mailto:contacto@centroayun.com.ar)**

**CHACO**

**CRECER CON TODO SRL**

**LISANDRO DE LA TORRE 76 RESISTENCIA**

**TEL 0362 427 7805**

**MAIL [crecercontodos@live.com.ar](mailto:crecercontodos@live.com.ar)**

**CRECER CON TODOS SRL**

**PRINGLES 165 R.SAENZ PEÑA**

**TEL 1379 454 8908**

**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**



## Anexo IV

**CREDES LAS BREÑAS**  
AV SAN MARTIN 740  
TEL 3624 4464445/ 4461544  
MAIL credes.srl@hotmail.com

### CORRIENTES

**CRECER CON TODOS SRL**  
AV LA PAZ 2375  
TEL 0379 454 8908  
MAIL crecercontodos@live.com

## 3-CENTRO DE DIA

### CABA

**CENTRO DE DIA SANTA MARTA**  
JOSE ENRIQUE RODO 5661 MATADEROS (1440)  
TEL 4682-3004/05/09  
MAIL prestacionessantamarta@gmail.com

**CONFLUIR S.A**  
SARANDI 1365 (1251)  
TEL: 4304-7161  
MAIL confluir.adm@hotmail.com

### GRAN BUENOS AIRES

#### ZONA NORTE

**CENTRO DE DIA CUMULEN**  
REPUBLICA 5672 VILLA BALLESTER (1653)  
TEL: 4768-6710/ 4767-7482  
MAIL administracion@centrodediacumelen.com.ar

**CENTRO DE DIA ALESSANDRA SRL**  
RAMON CASTRO 3167 OLIVOS (1636)  
TEL 5611-1164 / CEL 152300-7856  
MAIL nfo@alessandracentrodedia.com.ar

### ZONA OESTE

**APTUS**  
CONCEJAL TRIBULATO 930 SAN MIGUEL (1663)  
TEL 011 4451-3986/ 4667-4334  
MAIL info@aptus-sm.com.ar

## ZONA SUR

**BETANIA ENCUENTRO DE NIÑOS ESPECIALES CON JESUS**  
**SUIPACHA 240 TURDERA (1834)**  
**TEL: 4231-5693**  
**MAIL [betaniaturdera@yahoo.com](mailto:betaniaturdera@yahoo.com)**

## INTERIOR DEL PAIS

### SANTA FE

**TERCER FILTRO**  
**BIEDMA 1311 ROSARIO (2000)**  
**TEL: 341 640 7541**  
**MAIL [info@tercerfiltro.com.ar](mailto:info@tercerfiltro.com.ar)**

### CHACO

**INSTITUTO IAD SRL**  
**AV SABIN 3050 RESISTENCIA**  
**TEL 3624047812**  
**MAIL [info@institutoiad.com](mailto:info@institutoiad.com)**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**RUTA 11 KM 1007 RESISTENCIA**  
**TEL 0362 446 4544/ 4445**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**PRINGLES 165 R.SAENZ PEÑA**  
**TEL 0379 454 8908**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**CREDES LAS BREÑAS SRL**  
**AV SAN MARTIN 740**  
**TEL 3624 4464445/ 4461544**  
**MAIL [credes.srl@hotmail.com](mailto:credes.srl@hotmail.com)**

## MISIONES

**CEMAD SRL**  
**AV SAN MARTIN 960 PUERTO RICO**  
**TEL 3743 550397**  
**CELULAR 3743 610840**  
**MAIL [info@cemadmisiones.com](mailto:info@cemadmisiones.com)**

## **CORRIENTES**

**INSTITUTO IAD SRL**  
**ALBERDI 2099/2085**  
**TEL 379 4231902**  
**MAIL [info@institutoiad.com](mailto:info@institutoiad.com)**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**AV LA PAZ 2375**  
**TEL 0362 445 1128**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

## **4- CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO**

### **CABA**

**CET CURAPALIGUE S.A**  
**AV CURAPALIGUE 726 PB (1406)**  
**TEL : 2103-9598**  
**MAIL [curapaligue@gmail.com](mailto:curapaligue@gmail.com)**

**INSTITUTO SEMBRAR SRL**  
**PASAJE MASON 4425 (1414)**  
**TEL 4772-2610**  
**MAIL [institutosembrar@yahoo.com.ar](mailto:institutosembrar@yahoo.com.ar)**

**APREDIS SRL**  
**AV SAN MARTIN 3175 PB (1415)**  
**TEL 2888-9358**  
**MAIL [info@apredis.com.ar](mailto:info@apredis.com.ar)**

### **GRAN BUENOS AIRES**

#### **ZONA OESTE**

**MARENAS CET**  
**LEANDRO N. ALEM 2653 MORENO (1744)**  
**TEL : 0237 405-4192**  
**MAIL [marenascet@gmail.com](mailto:marenascet@gmail.com)**

**VANPAI**  
**DEFILLIPPI 881/83/85 ITUZAINGO (1714)**  
**TEL : 4623 2562**  
**MAIL [vanpai\\_cet@yahoo.com.ar](mailto:vanpai_cet@yahoo.com.ar)**

## **INTERIOR DEL PAIS**

### **CORDOBA**

**CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO CON INTEGRACION ESCOLAR FARFALINA**  
**RODRIGUEZ PEÑA 2523 ALTA CORDOBA**  
**TEL WATSAPP 3512020406673**  
**MAIL [centro@somosfarfalina.com](mailto:centro@somosfarfalina.com)**

### **CHACO**

**INSTITUTO IAD SRL**  
**AV SABIN 3050 RESISTENCIA**  
**TEL 362 4047812**  
**MAIL [info@institutoiad.com](mailto:info@institutoiad.com)**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**RUTA 11 KM 1007**  
**TEL 0362 446-4544/ 4445**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**PRINGLES 165 R.SAENZ PEÑA**  
**TEL 0349 454 8908**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

### **CORRIENTES**

**INSTITUTO IAD SRL**  
**AV ALBERDI 2099/2085**  
**TEL 379 4231902**  
**MAIL [info@institutoiad.com](mailto:info@institutoiad.com)**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**AV LA PAZ 2375**  
**TEL 0379 454 8908**  
**MAIL [crecercontodos@live.com.ar](mailto:crecercontodos@live.com.ar)**

### **MIISIONES**

**CEMAD SRL AV SAN MARTIN 960**  
**PUERTO RICO TEL 3743 550397 CEL**  
**3743 610840 MAIL**  
**[info@cemadmisiones.com](mailto:info@cemadmisiones.com)**

## 5 -PRESTACIONES EDUCATIVAS

### CABA

**COLEGIO DE LA SALLE ASOC EDUCACIONISTA**  
AYACUCHO 665 (1026)  
TEL 011 4373-2760/ 4374-6449  
MAIL [obrassociales@lasalleba.edu.ar](mailto:obrassociales@lasalleba.edu.ar)

**GRUPO CAMINANTES- INST DE EDUCACION ESPECIAL**  
ESTEBAN GASCON 1269 PALERMO (1181)  
TEL 4862-9541  
MAIL [administracion@grupocaminantes.com.ar](mailto:administracion@grupocaminantes.com.ar)

**INSTITUTO GENESIS SRL**  
H. DE LERMA 660 (1440)  
TEL 4771-9130/ 4777-1167  
MAIL [institutogenesis@fibertel.com.ar](mailto:institutogenesis@fibertel.com.ar)

### GRAN BUENOS AIRES

#### ZONA NORTE

**CFI LUCERO S.H GAROFALO/ PI JIMENA**  
MONS LARUMBE 230 MARTINEZ (1640)  
TEL 4793-9010/ 4792-1108/ 4793-7331  
MAIL [adm.cfilucero@hotmail.com](mailto:adm.cfilucero@hotmail.com)/ [administracion.cfi@lucero.edu.ar](mailto:administracion.cfi@lucero.edu.ar)

**INSTITUTO ARMONIA EDUC ESPEC**  
AV SIR A.FLEMING 939 MARTINEZ (1640)  
TEL 4717-6040  
MAIL [administracion@institutoarmonia.edu.ar](mailto:administracion@institutoarmonia.edu.ar)

### INTERIOR DEL PAIS

#### CHACO

**INSTITUTO IAD SRL**  
AV ALBERDI 2099/2085  
TEL 379 4231902  
MAIL [info@institutoiad.com](mailto:info@institutoiad.com)

**CRECER CON TODOS SRL**  
EGB CON INTEGRACION/ EDUC INICIAL CON INTEGRACION  
FRONDIZI 971 RESISTENCIA  
TEL 3624 4464445  
WHATSAPP 3624 261856  
MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)

**CRECER CON TODOS SRL**  
**EGB CON INTEGRACION/ EDUCACION INICIAL CON INTEGRACION**  
**RUTA 11 KM 1007 RESISTENCIA**  
**TEL 0362 446 4544/ 4445**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**NIVEL INICIAL**  
**LISANDRO DE LA TORRE 76 RESISTENCIA**  
**TEL 0362 427 7805**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**CRECER CON TODOS RL**  
**INTEGRACION A LA ESCUELA COMUN**  
**PRINGLES 165 R.SAENZ PEÑA**  
**TEL 0379 454 8908**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

#### **CORRIENTES**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**NIVEL INICIAL**  
**AV LA PAZ 2375**  
**TEL 0379 454 8908**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**CREDES LAS BREÑAS**  
**AV SAN MARTIN 740**  
**TEL 3624 4464445/ 4461544**  
**MAIL [credes.srl@hotmail.com](mailto:credes.srl@hotmail.com)**

### **6- SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACION (SAIE)**

#### **CABA**

**CENTRO CARI SRL**  
**HIPOLITO IRIGOYEN 4081 (1208)**  
**TEL: 4981-8259**  
**MAIL [coordinacion@centrocari.com.ar](mailto:coordinacion@centrocari.com.ar)**

**CENTRO TERAPEUTICO IVAR SRL**  
**AV CORRIENTES 3547 P\* 5 A**  
**TEL: 6086-3696**  
**MAIL [contacto@ivar.com.ar](mailto:contacto@ivar.com.ar)**

**REDAT SRL**  
**PRINGLES 722 (1183)**  
**TEL 4862-1593/ 4862-0958**  
**MAIL [info@redat.com.ar](mailto:info@redat.com.ar)**

**APREDIS SRL**  
**AV SAN MARTIN 3175 PB (1415)**  
**TEL 2888-9358**  
**MAIL [info@apredis.com.ar](mailto:info@apredis.com.ar)**

**ASOC PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACION ADEEI**  
**MANUELA PEDRAZA 3195 (1429)**  
**TEL 4543 7838**  
**MAIL [asociacion@adeei.org.ar](mailto:asociacion@adeei.org.ar)**

## **GRAN BUENOS AIRES**

### **ZONA NORTE**

**ASOC PLATERITO PRO**  
**F. MENDELSON 2349 HURLINGHAM (1686)**  
**TEL 4665-0333**  
**MAIL [plateritocfl@hotmail.com](mailto:plateritocfl@hotmail.com)**

## **ZONA OESTE**

**ANFI SALUD**  
**REPUBLICA 5672 VILLA BALLESTER (1653)**  
**TEL: 4768-6710/ 4767-7482**  
**MAIL [anfisalud@anfisalud.com.ar](mailto:anfisalud@anfisalud.com.ar)**

## **ZONA SUR**

**LOGRANDO**  
**SAN MARTIN 1819 LUIS GUILLON (1838)**  
**TEL : 7521-5162**  
**MAIL [info@logrando.com.ar](mailto:info@logrando.com.ar)**

## **INTERIOR DEL PAIS**

### **TODO EL PAIS**

**CENTRO TERAPEUTICO IVAR SRL**  
**AV CORRIENTES 3547 P\* 5 A**  
**TEL: 6086-3696**  
**MAIL [contacto@ivar.com.ar](mailto:contacto@ivar.com.ar)**

**REDAT SRL**  
**PRINGLES 722 (1183)**  
**TEL 4862-1593/ 4862-0958**  
**MAIL [info@redat.com.ar](mailto:info@redat.com.ar)**

#### **SANTA FE**

**TERCER FILTRO SRL**  
**PTE ROCA 1184 / LAPRIDA 1157 ROSARIO (2000)**  
**TEL 0341 426-5145**  
**MAIL [info@tercerfiltro.com.ar](mailto:info@tercerfiltro.com.ar)**

**MITA I SERVICIO DE REHABILITACION**  
**AV PELLEGRINI 541 ROSARIO (2000)**  
**TEL 0341 4813624**  
**MAIL [coordinacion@mitairosario.com](mailto:coordinacion@mitairosario.com)**

**AYUN CENTRO DE ESTIMULACION Y APRENDIZAJES TEMPRANOS**  
**CASTELLANOS 557 ROSARIO (2000)**  
**TEL 0341 6796476**  
**MAIL [contacto@centroayun.com.ar](mailto:contacto@centroayun.com.ar)**

#### **CORDOBA**

**CENEIN**  
**CLEVELAND 5372 BARRIO SANTA ISABEL 1\* SECC**  
**TEL: 0351 4940437 CELULAR 0351 153066257**  
**MAIL [info@cenein.com.ar](mailto:info@cenein.com.ar)**

**CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO CON INTEGRACION ESCOLAR FARFALINA**  
**RODRIGUEZ PEÑA 2523**  
**TEL WATSAPP 3512020406673**  
**MAAIL [centro@somosfarfalina.com](mailto:centro@somosfarfalina.com)**

#### **CHACO**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**FRONDIZI 971 RESISTENCIA**  
**TEL 3624 4464445**  
**WATSAPP 3624 261856**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**INTEGRACION A LA ESCUELA COMUN**  
**LISANDRO DE LA TORRE 76 RESISTENCIA**  
**TEL 0362 427 7805**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**CREDES LAS BREÑAS SRL**  
**AV SAN MARTIN 740**  
**TEL 3624 4464445**  
**MAIL credes.srl@hotmail.com**

### **CORRIENTES**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**AV LA PAZ 2375**  
**TEL 0379 454 8908**  
**MAIL crecercontodos@live.com**

## **8- FORMACION LABORAL**

### **CABA**

**GRUPO CAMINANTES- INST DE EDUCACION ESPECIAL**  
**ESTEBAN GASCON 1269 (1181)**  
**TEL 4862-9541**  
**MAIL administracion@grupocaminantes.com.ar**

**COLEGIO DE LA SALLE ASOCIACION EDUCACIONISTA**  
**AYACUCHO 665 (1026)**  
**TEL 011 4373-2760/ 4374-6449**  
**MAIL obrassociales@lasalleba.edu.ar**

### **GRAN BUENOS AIRES**

#### **ZONA NORTE**

**ASOC PLATERITO PRO**  
**F.MENDELSON 2349 HURLINGHAM (1686)**  
**TEL 011 4665-0333**  
**MAIL plateritocfl@hotmail.com**

**CFI LUCERO S.H GAROFALO/ PI JIMENA**  
**MONS LARUMBE 230 MARTINEZ (1640)**  
**TEL 4793-9010/ 4792-1108/ 4793-7331**  
**MAIL direccion.cfi@lucero.edu.ar**

### **INTERIOR DEL PAIS**

#### **CHACO**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**RUTA 11 KM 1007 RESISTENCIA**  
**TEL 0362 446 4544/ 4445**  
**MAIL crecercontodos@live.com**

**CORRIENTES**

**CRECER CON TODOS SRL**  
**AV LA PAZ 2375**  
**TEL 0379 454 8908**  
**MAIL [crecercontodos@live.com](mailto:crecercontodos@live.com)**

**10- HOGAR / RESIDENCIA**

**CABA**

**HOGAR SAN FRANCISCO DE LA LOMA SRL**  
**SIMBRON 3972 DEVOTO (1417)**  
**TEL 0114739-9270**  
**MAIL [hogarsfl@gmail.com](mailto:hogarsfl@gmail.com)**

**AGLASC S.A AV GRAL JUAN M DE PUEYRREDON 2160 P\* 2 F. RECOLETA**  
**(1119) TEL 011 4803-2059/ 4807-4947 MAIL [lacatadepilar@gmail.com](mailto:lacatadepilar@gmail.com)**

**INSTITUTO VENID**  
**BOYACA 483 FLORES (1406)**  
**TEL 011 4633-0492**  
**MAIL [venid@fibertel.com.ar](mailto:venid@fibertel.com.ar)**

**CONFLUIR S.A**  
**SARANDI 1365 (1251)**  
**TEL: 4304-7161**  
**MAIL [confluir.adm@hotmail.com](mailto:confluir.adm@hotmail.com)**

**INFORMAREMOS MENSUALMENTE POR DIFERENTES CANALES DE COMUNICACIÓN TODA MODIFICACION  
QUE SIGNIFIQUE UN CAMBIO EN LA CARTILLA**