



# Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2025

## Liquidación de Subsidios por Discapacidad 2025

# ANEXOS







# Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

### 3.3 Planilla de Asistencia Mensual – Instituciones

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel( ).....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

Prestación:.....

Turno (mañana/tarde/doble): .....

Periodo (mes y año):.....

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 marcará con una P (Presente) las asistencias
- \* Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias
- \* S (Sábados) / D (Domingos) / F (Feriado) / J (Jornada)

Y toda aclaración que considere pertinente .....

.....

.....

.....

Prestador	Paciente o responsable
Firma del responsable de la institución	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
Sello de la institución	Vínculo



# Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

## 3.4 Planilla de Asistencia Mensual - Apoyo a la Integración Escolar

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel ( ).....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Carga horaria mensual: ..... hs, de acuerdo al siguiente detalle (\*)

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.: 4 hs no de 8.00 a 12.00 hs

Lugar donde se realiza la integración:.....

Turno (mañana/tarde/doble): .....

Prestador		Paciente o responsable
Firma del responsable de la institución	Firma del profesional que realiza la integración	Firma
Sello o Aclaración	Sello o Aclaración	Aclaración
		DNI
Sello de la institución		Vínculo



# Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Río Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

## 3.5 Planilla de Asistencia Mensual - Maestro de Apoyo (valor módulo)

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel ( ).....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Carga horaria mensual:..... hs, de acuerdo al siguiente detalle (\*)

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: 4 hs no de 8.00 a 12.00 hs

Lugar donde se realiza la integración:.....

Turno (mañana/tarde/doble): .....

Prestador	Paciente o responsable
Firma del profesional que realiza la integración	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
	Vínculo



# Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

## 3.6 PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL - TRANSPORTE

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel (     ) .....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

Prestación: Transporte a .....

(Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o razón social de la

institución) Periodo (mes y año).....

### Ida:

Desde.....

Hasta.....

Km por viaje.....Cantidad de viajes mensuales .....

### Vuelta:

Desde.....

Hasta.....

Km por viaje .....

Total Km por día: .....

Cantidad de días/mes: .....

Total Km mensuales:.....

Prestador	Paciente o responsable
Firma	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
	Vínculo



# Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

## 3.7 INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL COBRO DE FACTURACIONES

Razón Social o Nombre y Apellido del Prestador:.....

Nro. De CUIT (coincidente con la facturación):.....

Nro. De Cuenta Corriente o Caja de Ahorro: .....

Banco: .....

CBU (correspondiente al CUIT de la facturación): .....

Dirección De Mail De Contacto: .....

Firma:.....

Aclaración:.....

Tipo y Nro. De Documento:.....

Fecha:.....

.....  
RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO O ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL  
BANCO, ATENTO QUE EL UNICO MEDIO DE PAGO SERÁ LA **TRANSFERENCIA BANCARIA**.