

# FASCÍCULO DISCAPACIDAD

Procedimientos,  
circuitos y formularios.





## FICHA PERSONAL

### DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres:

N° de beneficiario:

DNI N°:

Titular  Familiar

Parentesco:

Fecha de nacimiento:     /     /

Nac.:

Est. civil:

Domicilio:

CP:

Localidad:

Provincia:

Teléfono: (     )

E-mail:

### DATOS DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

Apellidos y Nombres:

DNI N°:

CUIL/CUIT N°:     -     -

Nombre/Razón Social del empleador:

Domicilio del empleador:

CP:

Localidad:

Provincia:

Teléfono: (     )

E-mail:

CUIT N° del empleador:     -     -

Fecha de inicio de relación laboral:     /     /



## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Nombres:		Apellidos:	
Nacionalidad:		DNI N°:	
Fecha de nacimiento:     /     /		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Beneficiario N°:		Tipo de beneficiario:	
Domicilio:			CP:
Localidad:		Provincia:	
Teléfono: (     )		E-mail:	
Nombres y Apellidos (madre/padre/tutor):			
Diagnóstico:			
Antecedentes: _____ _____			
Estado actual: _____ _____			
Dependencia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Puntaje en escala FIM:			
Plan terapéutico indicado (detallando cantidad de sesiones de cada especialidad y/o modalidad de la prestación): _____ _____			
Período (año calendario):			
Fecha: _____ / _____ / _____			
..... Firma y sello de médico tratante			



## CONSENTIMIENTO INFORMADO/NOTA DE CONFORMIDAD

Quién suscribe \_\_\_\_\_

con CUIL \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN

ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con

domicilio en calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_, presto mi conformidad a la realización del tratamiento y/o

prestación de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicado por el médico tratante que se efectúa a través de la Obra Social durante el año en curso,

para mí hijo/a \_\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

.....  
Firma del titular y/o tutor, aclaración, DNI N°

.....  
Firma y sello de médico tratante



## SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

Apellidos y Nombres:

DNI N°:

Diagnóstico:

DSM IV-CIE X:

Deficiencia:

Dependencia:  SI  NO

Semestre del año:  1  2

Justificación médica de la solicitud de transporte y dependencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Domicilio de origen:

Domicilio de destino:

Cantidad de KM recorridos por viaje:

Cantidad de KM recorridos mensualmente:

Tratamiento y/o especialidad de la prestación a brindar en el destino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....  
Firma y sello de médico tratante

.....  
Firma y sello Auditor Agente del Seguro



## CONSENTIMIENTO INFORMADO/NOTA DE CONFORMIDAD

\_\_\_\_\_, \_\_de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de Tratamiento que \_\_\_\_\_ (Razón Social o nombre del prestador), sito en Calle \_\_\_\_\_ (Domicilio, localidad y Provincia) brinda a mi \_\_\_\_\_ (parentesco) \_\_\_\_\_ (Apellido, Nombre y DNI), por el período \_\_\_\_\_ (desde- hasta), bajo la modalidad \_\_\_\_\_ (Prestación y tipo de Jornada - Indicar la dependencia en caso de corresponder).

**Prestador**

**Padre/ Madre o Tutor**

FIRMA:	FIRMA:
ACLARACIÓN:	ACLARACIÓN:
SELLO:	DNI:
SELLO DE LA INSTITUCION:	VÍNCULO:



## CONSENTIMIENTO INFORMADO/NOTA DE CONFORMIDAD PARA TRANSPORTE

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201\_

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad a la prestación de Transporte que \_\_\_\_\_ (Razón Social o nombre del prestador), sito en \_\_\_\_\_  
Brinda a mi \_\_\_\_\_ (parentesco)  
\_\_\_\_\_ (Apellido, Nombre y DNI), por el período \_\_\_\_\_ (desde- hasta), bajo la Modalidad de transporte desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Domicilio).

### Prestador

### Padre/ Madre o Tutor

FIRMA:	FIRMA:
ACLARACIÓN:	ACLARACIÓN:
SELLO:	DNI:
SELLO DE LA INSTITUCION:	VÍNCULO:

## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Completar todos los campos del Formulario

### DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido :	Edad:
Tipo y N° Documento:	CUIL N°:
Diagnóstico:	
Institución:	Fecha de ingreso a la inst.: / /
Modalidad:	

### ACTIVIDAD

Autocuidado		Puntaje
1	<b>Alimentación</b> (implica uso de utensilios, masticar y tragar).	
2	<b>Aseo personal</b> (implica lavarse la cara, lavarse las manos, peinarse y lavarse los dientes).	
3	<b>Baño</b>	
4	<b>Vestido parte superior</b> (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis).	
5	<b>Vestido parte inferior</b> (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o prótesis).	
6	<b>Uso del baño</b> (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño).	
<b>Control de Esfínteres</b>		
7	Control de intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación).	
8	Control de vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas).	
<b>Transferencia</b>		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie).	
10	Transferencia al baño (implica sentarse y salir del inodoro).	
11	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrara y salir de la bañera o ducha).	
<b>Locomoción</b>		
12	Marcha o silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar).	
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones).	
<b>Comunicación</b>		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual).	
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal).	
<b>Conexión</b>		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales).	
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos).	
18	Memoria (implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares).	
<b>Puntaje FIM TOTAL</b>		

Tabla de puntuación de niveles de Independencia Funcional		<b>La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.</b> Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas. Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.
Independencia	Puntaje	
Independiente total	7	
Independiente con adaptaciones	6	
Dependiente	Puntaje	
Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)	5	
Solo requiere mínima asistencia ( sujeto aporta 75% o más)	4	
Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o más)	3	
Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o más)	2	
Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)	1	

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma y sello del profesional interviniente  
N° de matrícula y Especialidad**

**Firma y sello del profesional interviniente  
N° de matrícula y Especialidad**



# CONVENIO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES

**OSFATUN - .....**

**1. LUGAR Y FECHA:** .....

**2. PARTES INTERVINIENTES:**

**A) LA OBRA SOCIAL,** Denominada en adelante: **“OSFATUN”**.

- a) Nombre o razón social: OSFATUN (Obra Social de la Federación Argentina del Trabajador de las Universidades Nacionales).
- b) Domicilio legal: Av. Belgrano 3768 C1210 ACA Buenos Aires, Capital Federal
- c) Condición ante el IVA: Responsable Inscripto (se agrega constancia como Anexo .....)
- d) Impuesto a las Ganancias: Exento
- e) Impuesto a los Ingresos Brutos: Exento
- f) Impuesto de sellos: Exento
- g) Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS): 1-2550-9 (se agrega constancia como Anexo .....).

Representada por: su ....., DNI ..... y su ....., DNI ....., carácter que acreditan con Estatuto Social (se agrega constancia como Anexo 09) y Acta de designación de autoridades (se agrega constancia como Anexo .....).

**B) EI PRESTADOR,** Denominado en adelante: **“PRESTADOR”**

- a) Nombre o razón social: .....
- b) Domicilio legal: .....
- c) Teléfono: .....
- d) Correo electrónico: .....
- e) CUIT: ..... (se agrega constancia como Anexo.....)
- f) Condición ante el IVA: .....(se agrega constancia como Anexo .....)
- g) Impuesto a las Ganancias:.....
- h) Impuesto a los Ingresos Brutos:.....
- i) Impuesto de sellos: .....
- j) Inscripción Registro de Prestadores de la SSSalud: .....(se agrega constancia como Anexo .....).

Representada por su ....., DNI....., carácter que se acredita acompañando la documentación pertinente (se agregan constancias como Anexo .....).

Ambas parte convienen celebrar el presente convenio de prestaciones médicos asistenciales, de acuerdo con lo prescripto por la legislación vigente y con lo establecido en las siguientes cláusulas y anexos:

3. **OBJETO:** El objeto del presente convenio es la prestación de los servicios de atención médica que esté en condiciones de ofrecer el PRESTADOR a los beneficiarios de OSFATUN y que estén contemplados en el Programa Médico Obligatorio (en adelante PMO) o el que en el futuro lo reemplace, de acuerdo a los aranceles, condiciones generales y normas de trabajo que se especifican en las cláusulas y anexos que forman parte indivisible del presente convenio.
4. **RECURSOS DEL PRESTADOR:** El PRESTADOR se compromete a brindar los servicios objeto de este acuerdo, con los recursos edilicios, profesionales y técnicos cuyo detalle se agrega al presente como "Anexo 02 - Recursos del Prestador", detallando: a) PROFESIONALES indicando apellido y nombre, fecha de nacimiento, fecha de egreso, matrícula, matrícula de especialista, especialidad, días y horas de atención, correo electrónico; b) EDIFICIO indicando metros cubiertos, tipo y cantidad de dependencias; c) EQUIPAMIENTO indicando tipo, marca, modelo. Las partes reconocen el derecho que tiene el afiliado de OSFATUN a la libre elección del profesional entre los que se encuentran los del PRESTADOR. OSFATUN hará conocer la nómina completa de profesionales a sus afiliados y dispondrá su exhibición permanente en lugares accesibles para su consulta.
5. **BENEFICIARIOS:** Los Beneficiarios o Afiliados que accederán a los servicios del PRESTADOR son los identificados con el carnet de OSFATUN como pertenecientes a los planes vigentes cuyos modelos se adjuntan al presente según "Anexo ..... " - Credenciales" y que cuenten además con las respectivas órdenes de atención y autorizaciones pertinentes.
6. **MODALIDAD DE ATENCIÓN:** Para brindar las prestaciones, el PRESTADOR deberá requerir al afiliado: a) su carnet identificador habilitado por OSFATUN, b) documento de identidad, c) la prescripción médica debidamente autorizada.. El PRESTADOR y los profesionales adheridos se obligan en todos los casos, a verificar la calidad de afiliado a OSFATUN a los pacientes que atiendan amparados por el presente convenio.
7. **PROGRAMA DE COBERTURA:** OSFATUN cubrirá por su cuenta, el 100% del precio de las prestaciones brindadas por el PRESTADOR correspondientes al PMOE vigente conforme Resoluciones M.S. 939/2000, 1/2001 y 201/2002, sus modificatorias, complementarias, ampliatorias y todas aquellas normas que a futuro sean dictadas por la autoridad competente y que sean aplicables a este supuesto
8. **AUDITORÍA:** OSFATUN, en forma directa o a través de terceros, se reserva un derecho amplio de auditoría médico asistencial a fin de comprobar el cumplimiento de las prestaciones a que resultara obligado el PRESTADOR y constatar la documentación vinculada al cumplimiento de este contrato. Para ello el PRESTADOR deberá poner a disposición de los auditores que se designen, la documentación pertinente que se les requiera para el eficaz y efectivo contralor prestacional. El PRESTADOR deberá implementar las medidas necesarias que aseguren el libre acceso de los profesionales auditores de OSFATUN y/o de la Superintendencia de Servicios de Salud (en adelante "SSSalud") a los efectores con el fin de realizar las auditorías que estimen pertinentes.
9. **HISTORIA CLINICA: EL PRESTADOR** deberá tener una historia clínica única y aceptará la Auditoría Médica de **LA OBRA SOCIAL**, a través del Auditor Médico, previsto para esto o quien venga autorizado expresamente por él (Previo registro de auditores de terreno y comunicación a la dirección médica del **PRESTADOR**.). Esta misma facultad podrá ser ejercida por profesionales que designe la SSSalud. También el beneficiario tendrá acceso a un resumen de la Historia Clínica, si así lo solicitara, deberá realizar su pedido expresamente y con antelación. Las facultades de auditoría serán irrestrictas salvo en lo que puedan interferir en la atención o restablecimiento de los beneficiarios.
10. **USO DE LOS SERVICIOS O MORBIMORTALIDAD:** EL PRESTADOR adecuará la información que envíe a LA OBRA SOCIAL sobre uso de los servicios o morbimortalidad, al contenido y periodicidad que establezcan las normas de las Superintendencia de Servicios de Salud, y dará

cumplimiento a los Programas Preventivos según Resolución 83/2007 Anexo I (SSSalud) sus modificatorias, complementarias, ampliatorias y todas aquellas normas que a futuro sean dictadas por la autoridad competente y que sean aplicables a este supuesto.

11. **FACTURACIÓN Y ARANCELES:** EL PRESTADOR facturará sus servicios en forma detallada según Resolución N° 887/17 y sus modificatorias. Las facturas presentadas deberán corresponder a servicios efectivamente realizados y brindados a los beneficiarios de OSFATUN y deberán estar respaldadas por los comprobantes según el caso de que se trate. EL PRESTADOR remitirá la facturación al domicilio de la sede central de OSFATUN declarado en el presente contrato o la Delegación más próxima al domicilio del PRESTADOR.
12. **REVISIÓN DE LA FACTURACIÓN:** Desde el día de la recepción de las facturas enviadas por el PRESTADOR, OSFATUN dispondrá de ..... (.....) días para revisar las facturas presentadas y realizar su auditoría. Dentro de dicho plazo, OSFATUN emitirá la nota de débito en caso de corresponder, y lo comunicará de forma fehaciente al PRESTADOR. Los débitos producidos por OSFATUN, podrán ser recurridos por el PRESTADOR, los que se dilucidarán en Auditoría Compartida.
13. **PAGO:** OSFATUN abonará al PRESTADOR, los montos que le correspondan acorde a la modalidad del sistema de integración implementado por SSSALUD en la Resolución N° 887/17 y sus modificatorias, dentro de los 60 (sesenta) días corridos a partir de la fecha de percepción del subsidio por parte de la Obra Social.
14. **RESPONSABILIDAD DE PAGO A LOS PROFESIONALES:** El PRESTADOR será directo responsable del pago de las prestaciones ante sus profesionales, deslindando OSFATUN toda responsabilidad frente a las demoras o reclamos que pudieran producirse, salvo en aquellos casos en que quede demostrado que las causas que lo provocaron son imputables a OSFATUN.
15. **COMISIÓN MIXTA DE SEGUIMIENTO:** Las partes acuerdan conformar una Comisión Mixta de Seguimiento, integrada como máximo por dos representantes de cada una de las partes a los fines de vigilar la evolución del este convenio y dar solución a las controversias que puedan suscitarse con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del mismo. La Comisión actuará y trabajará en el lugar que sea propuesto por una de las partes y aceptada por la otra. Será objeto de tratamiento de esta Comisión: a) garantizar que los beneficiarios tengan acceso a la cobertura de servicios en la cantidad y calidad requeridas; b) que el presente contrato no resulte económicamente desfavorable para cualquiera de las partes; c) análisis de las variables que sean susceptibles de interpretación, corrección y/o modificación y que colaboren al mantenimiento, optimización y calidad de los servicios; d) realizar todas las acciones tendientes a dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1424/97, relativo al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; e) control de denuncias de afiliados; f) aplicación y control de la Resolución 075/98-SSS de Procedimiento de Reclamos sus modificatorias, complementarias, ampliatorias y todas aquellas normas que a futuro sean dictadas por la autoridad competente y que sean aplicables a este supuesto g) evaluación de casos especiales y toda otra acción que fomente la satisfacción del beneficiario y la calidad de las prestaciones. Todas las cuestiones acordadas en el seno de la Comisión, se documentarán debidamente y crearán para las partes la obligación de cumplimiento como si se tratara de una prescripción más de este convenio.  
  
Esta comisión tendría a su cargo, además, realizar el seguimiento del cumplimiento de las condiciones contractuales aquí pactadas, conforme lo dispuesto por la Resolución 194/2001 SSSalud sus modificatorias, complementarias, ampliatorias y todas aquellas normas que a futuro sean dictadas por la autoridad competente y que sean aplicables a este supuesto.
16. **CASOS DE INCONDUCTA:** EL PRESTADOR se responsabiliza de la conducta ética de sus profesionales para con los afiliados de OSFATUN la que se hará responsable de la conducta de sus afiliados. En caso de inconducta comprobada, la parte afectada deberá denunciar por escrito a la otra, formulando los cargos pertinentes con el objeto de que se tomen las medidas correctivas que correspondan.

- 17. COBROS INDEBIDOS:** No podrán requerirse de los afiliados de OSFATUN pagos de ninguna especie, aceptando EL PRESTADOR que encontrándose acreditada la trasgresión de esta prohibición OSFATUN podrá reintegrar al afiliado las sumas correspondientes, descontando dichos importes de aquellos créditos que el PRESTADOR tenga a su favor pendientes de cobro, o bien requerirlos del PRESTADOR en forma directa. Queda expresamente convenido que el cobro del llamado plus o cualquiera fuere la denominación que se pretendiere darle a todo cobro indebido, dará derecho a OSFATUN a disponer la exclusión del profesional o del establecimiento, considerándose suficiente para tener por acreditada la trasgresión, recibos otorgados por los prestadores y/o testimonios firmados por los beneficiarios y/o cualquier otro medio de prueba fehaciente.
- 18. RESPONSABILIDAD CIVIL (Mala Praxis):** El PRESTADOR asume toda la responsabilidad resarcitoria originada por Mala Praxis y/o toda otra conducta que pudiere motivar responsabilidades civiles, penales, laborales, etc. y que pudieran derivar en demandas judiciales. La responsabilidad aludida se extiende a los accidentes que pudieran ocurrir en el ámbito donde desarrollen sus actividades o por los daños que surgieren como consecuencia del mal funcionamiento del equipamiento y/o negligencia, imprudencia, culpa o dolo del personal bajo sus órdenes. El PRESTADOR deberá acreditar la posesión de un seguro por Responsabilidad Civil vigente para percibir los montos que le correspondan de OSFATUN.
- EL PRESTADOR** será responsable por los daños causados a pacientes y/o terceros por su personal, profesional o no, y/o por la seguridad e higiene de sus instalaciones e instrumental que emplee. Sin perjuicio de ello, **EL PRESTADOR** se compromete a mantener vigente y con un monto asegurado acorde, la póliza de seguro que cubra tales riesgos, y cuya copia se agrega como Anexo IV (póliza N°).
- 19. RESPONSABILIDAD LABORAL, PREVISIONAL E IMPOSITIVA:** Es obligación del PRESTADOR cumplimentar con el pago de todos los impuestos nacionales, provinciales y municipales, como así también de las obligaciones previsionales, laborales, etc., debiendo acreditar ante OSFATUN el cumplimiento de estos compromisos. También se establece que los médicos, paramédicos, técnicos, empleados administrativos, etc. que participen directa o indirectamente en las actividades asistenciales del PRESTADOR tendrán relación exclusivamente con éste, sin que a OSFATUN pueda imputársele vinculación alguna de este tipo.
- 20. GASTOS:** Los gastos que demande la suscripción de este contrato serán soportados por igual por ambas partes, manifestando OSFATUN estar exenta del pago del impuesto de sellos.
- 21. CONTRATOS PREEXISTENTES:** El presente deja sin efecto cualquier compromiso contractual preexistente, anterior a la firma del presente convenio.
- 22. VIGENCIA:** El presente contrato entrará en vigencia a partir del día de su suscripción y tendrá una duración de un año. Será renovado automáticamente por iguales periodos si ninguna de las partes expresa su voluntad en sentido contrario, en forma fehaciente, con una antelación no menor de treinta días a la fecha del vencimiento de cada periodo. Podrá ser rescindido en cualquier momento por cualquiera de las partes, en caso que la otra incurriere en incumplimiento de lo pactado a través del presente acuerdo, haciéndose la parte incumplidora responsable por los eventuales daños y perjuicios ocasionados. Podrá ser rescindido por cualquiera de las partes sin invocación de causa en cualquier momento, con el requisito de aviso previo de noventa días a la contraparte, sin derecho a reclamo por daños y perjuicios.
- 23. JURISDICCIÓN - DOMICILIOS:** A los fines de dirimir cualquier controversia que pudiera suscitarse con motivo de la interpretación del presente contrato y/o por incumplimiento del mismo, como así también por motivos de cualquier otra índole y no habiendo llegado a una solución en atención a lo establecido en la cláusula "Comisión Mixta de Seguimiento", queda expresamente pactada la competencia exclusiva de la Justicia Federal, con jurisdicción territorial en la ciudad de Buenos Aires o en la del domicilio del PRESTADOR, a elección de la parte actora. Las partes constituyen domicilio especial convencional a todos los efectos emergentes de este convenio en los indicados supra.

**24. ANEXOS:** Se integran como partes indivisas del presente convenio los anexos que por separado ambas partes firman y que a continuación se detallan:

- ✓ Anexo ..... - Modelo de Credenciales
- ✓ Anexo .....- Instructivo de facturación para prestadores de discapacidad integración
- ✓ Anexo ..... - Recursos del Prestador
- ✓ Anexo..... - Aranceles
- ✓ Anexo ..... - Constancia CUIT y condición ante el IVA de OSFATUN
- ✓ Anexo ..... - Constancia CUIT y condición ante el IVA del PRESTADOR
- ✓ Anexo ..... - Constancia Registro de Obras Sociales de OSFATUN
- ✓ Anexo ..... - Constancia inscripción Registro de Prestadores SSSalud del PRESTADOR
- ✓ Anexo ..... - Acta de designación de autoridades de OSFATUN
- ✓ Anexo .....- Documentación que acredita el carácter invocado por los representantes del PRESTADOR
- ✓ Anexo ..... - La póliza de seguro

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en el lugar y fecha mencionados ut-supra.

OBRA SOCIAL OSFATUN