

**PRESENTACIÓN DE PRESTADORES
INTEGRACIÓN**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ___ de _____ de 20__.-

RNOS: 011110

DENOMINACIÓN: OBRA SOCIAL _____

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Por medio de la presente, solicito la incorporación de los profesionales/prestadores por vía de excepción, a fines de poder ser presentadas, a través del Mecanismo de Integración, las prácticas brindadas a los beneficiarios que se detallan en la planilla adjunta.

Firma del auditor médico

Firma del Presidente de la Obra Social

RNOs:	DENOMINACIÓN:											RESULTADO DEL ANÁLISIS
CUIT PRESTADOR	APELLIDO Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL	PROFESION (SEGÚN EL TÍTULO HABILITANTE)	PRESTACIÓN QUE OFRECERÁ	CÓDIGO PRESTACIÓN	CUIL BENEFICIARIO	NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO	PROVINCIA	LOCALIDAD	CAUSA DE INCORPORACIÓN			

Firma y sello del auditor médico

Firma y sello del auditor médico

**NOMBRE Y N° CUIT DEL PROFESIONAL TIPEADO
NO EN UNA IMAGEN**



Klga. Marcela Montalván Arias

Kinesióloga

RUT: 99.999.999-9

Nombre Paciente: _____

Indicaciones Kinésicas



Marcelo Torres T. Imprenta Médica/ RUT.: 13.431341-2/
Aguayo 139 P. Ancha Valparaíso.
Cel./Whatsapp: +56 9 94396296





COLEGIO PROFESIONAL DE PSICOPEDAGOGOS
DE LA PROVINCIA DE CORDOBA
Ley 76'9

CERTIFICADO DE INSCRIPCION DE LA MATRICULA DE PSICOPEDAGOGO

NOMBRE Y APELLIDO: [REDACTED]

TITULO: *Psicopedagoga y Profesora en Psicopedagogia*

MATRICULANº: F-13-1984 D.N.I. 13.154.891

Córdoba 18 de Noviembre de 2004

[Signature]

Dr. María Leticia Galambosini
SECRETARIA GENERAL
Colegio Prof. de Psicopedagogos de la Pcia. de Córdoba



[Signature]
SECRETARIA GENERAL
Colegio Prof. de Psicopedagogos de la Pcia. de Córdoba

PARA PROFESIONALES
TÍTULO PROFESIONAL



CONSTANCIA DE OPCION

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT: XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX
BARRIO PARQUE SAN VICENTE *
5006-CORDOBA
Fecha inicio Monotributo: 01-12-2016

CATEGORIA
E

LOCACIONES DE SERVICIO

Vigencia de la presente constancia: 14-03-2018 a 13-04-2018

Hora: 16:06:19 Verificador: 206152918878



Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la oficina institucional de AFIP <http://www.afip.gov.ar>

**NOMBRE Y N° CUIT DEL PROFESIONAL TIPEADO
NO EN UNA IMAGEN**



Klga. Marcela Montalván Arias

Kinesióloga
RUT: 99.999.999-9

Nombre Paciente: _____

Indicaciones Kinésicas



Marcelo Torres T./Imprenta Médica/ RUT.: 13.431341-2/
Aguayo 139 P. Ancha Valparaíso./
Cel./Whatsapp: +56 9 94396296



REPUBLICA ARGENTINA Nº 57912
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE EDUCACION Aca 2008

Establecimiento "INSTITUTO PRIVADO "INSTITUTO SAINT JEAN A-192"

Apellido y Nombre [Redacted] C.I. N° [Redacted] Policía
D.N.I. N° 24.659.421 en Bs. As. - CAPITAL FEDERAL
Nacido el 23 de Septiembre 1974 en Bs. As. - CAPITAL FEDERAL
Título / Certificación: PSICOPEDAGOGA

Plan FORMACION DE PSICOPEDAGOGOS

Aprobada por 24 2763 / 86

Fecha egreso 23-12-08 Cédula Matriz N° 3 Folio N° 46 Prom. Gal. 915
En la Ciudad de Buenos Aires, el 24 de Febrero de 2008

[Signature]
Secretaria
Prof. Cesar A. Peto
Secretario Nivel Terciario
Instituto Saint Jean

[Signature]
Vicedirectora / Vicedirector
Titular

[Signature]
Directora / Director
Prof. F. Ferrerone
Secretario Nivel Primario
Instituto Saint Jean

PARA PROFESIONALES
TÍTULO PROFESIONAL

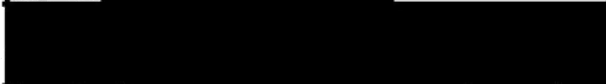
Nº de R



CONSTANCIA DE OPCION

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT:



1431-CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES

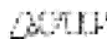
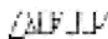
Fecha inicio Monotributo: 01-03-2011

CATEGORIA

A

LOCACIONES DE SERVICIO

Vigencia de la presente constancia: 15-11-2017 a 14-05-2018 Hora: 17:27:05 Verificador: 204297820059



Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser válidos por el receptor de dicho pago en el momento de inscripción de AFIP
<http://www.afip.gub.ar>

RAZÓN SOCIAL Y Nº CUIT DE LA INSTITUCIÓN TIPEADO NO EN UNA IMAGEN



Klga. Marcela Montalván Arias

Kinesióloga
RUT: 99.999.999-9

Nombre Paciente: _____

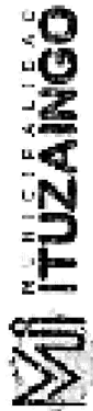
Indicaciones Kinésicas



Marcelo Torres T./Imprenta Médica/ RUT.: 13.431341-2/
Aguayo 139 P. Ancha Valparaíso./
Cel./Whatsapp: +56 9 94396296



PARA INSTITUCIONES HABILITACIÓN MUNICIPAL
PARA ESCUELAS AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
DEL MINISTERIO



CERTIFICADO DE HABILITACIÓN

(Registro de Comerciantes e Industriales)

INTENDENCIA
MUNICIPAL DE
ITUZZAINGÓ

EXPEDIDO POR RESOLUCIÓN DE LA FECHA 18 DE MAYO DE 2016

Expediente N° 2016-2052/13

Inscripción N° 2016-002

Contribuyente N° 207.985- [REDACTED] Partida N° 183, 286- Forma:

Tiempo: [REDACTED] XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Domicilio Comercial: [REDACTED] Loc.: ITUZZAINGÓ

Rubro: CENTRO DE DIA PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS, SIX INTERNA-
CION Y SIN RESIDENCIA, IX (U) CONSULTORIO

Superficie: 2001,47 m²
[Signature]
ALDO J. PELAEZ
DIRECTOR DE REGULACIONES
MUNICIPALIDAD DE ITUZZAINGÓ



[Signature]
ALMEIDA
SECRETARÍA DE CONTROL INTERNO
MUNICIPALIDAD DE ITUZZAINGÓ



Este documento debe exhibirse en lugar visible, dentro del establecimiento habilitado y devolverse al Municipio si el titular cesa actividades o transfiere, circunstancia que debe comunicar, como asimismo los cambios de rubro y/o ampliación de ellos. El incumplimiento será sancionado conforme al Régimen de Penales Municipales vigente, por la Justicia Municipal de Ituzzaingo.

PARA INSTITUCIONES
INSCRIPCIÓN EN EL RNP



522/16

Ministerio de Salud de la Nación
Superintendencia de Servicios de Salud

Buenos Aires,

10 ABR 2016

VISTO la solicitud presentada por el CUDAP Expediente N° 0022.192/2014-S.S.Salud, Disposición N° 102/15

CONSIDERANDO:

Que, en el expediente de la referencia se dictó Disposición N° 102/15 – S.S.Salud, de fecha 06 de febrero de 2015, procediéndose a la Inscripción ente el Registro Nacional de Prestadores al establecimiento denominado ARCO HOSPITAL DE DIA, CUIT N° 30-71463084-5, sito en la calle Esperanza N° 1654, de la Localidad y Partido de Ituzaingo, Provincia de Buenos Aires.-

Que el interesado se presenta a Fs. 19/22 solicitando se modifique la inscripción vigente, ya que por error de tipo se omitió consignar la modalidad y capacidad.-

Que, se han dado cumplimiento a los requisitos establecidos en la Resolución N° 789/09-Anexo I-S.S.Salud.-

Que, luce agregado el dictamen jurídico correspondiente.

Por ello,

**EL GERENTE DE CONTROL PRESTACIONAL
DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

DISPONE:

ARTÍCULO 1°.- Modifíquese por las consideraciones expuestas en el considerando la Disposición N° 102/15 –S.S.Salud, de fecha 06 de febrero de 2015, quedando redactado el Artículo 1° de la siguiente manera: "...Inscribase en el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES al Establecimiento denominado [REDACTED] de la Localidad y Partido de Ituzaingo, Provincia de Buenos Aires, para su funcionamiento como Establecimiento de Salud Mental y Atención Psiquiátrica, en la modalidad Hospital de Día, con una capacidad de tres (3) módulos de doce (12) pacientes cada uno,



"2010 Año del Bicentenario de la
Declaración de la Independencia Nacional"

Ministerio de Salud de la Nación

Superintendencia de Servicios de Salud

propiedad de la Razón Social [REDACTED]

manteniendo el alcance y la vigencia de la Disposición N° 102/15.-"

Se informa al establecimiento que la renovación de la inscripción del Director Médico cuyo vencimiento opera dentro del término establecido en el Artículo 2° de la presente, será de exclusiva responsabilidad de la misma. En caso contrario se producirá la baja automática del profesional. Asimismo cualquier cambio en las condiciones establecidas para el registro debe ser notificado a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en el plazo de diez (10) días.-

ARTÍCULO 2°.- Regístrese, notifíquese al interesado, y cumplido, archívese.-

DISPOSICIÓN N°

522/1A

Dr. SERGIO DRESBY
Gerente de Gestión, Prestación y
Calidad de los Servicios de Salud

PARA INSTITUCIONES
ORGANISMO DE INCUMBENCIA

BUENOS AIRES SALUD

BA

LA PLATA,

VISTO el expediente N° 2900-86121/13 por el cual se gestiona la HABILITACIÓN del establecimiento denominado, "ARCO HOSPITAL DE DÍA" sito en calle Esperanza N° 1654 de la localidad y partido de Ituzaingó; y

CONSIDERANDO:

Que se han adecuando a los requisitos establecidos en la Resolución Ministerial N° 4157/91, reglamentaria del Decreto 3260/90;

Por ello,

**EL DIRECTOR PROVINCIAL DE COORDINACIÓN Y FISCALIZACIÓN SANITARIA
DÍSPONE**

ARTÍCULO 1º. Otorgar la HABILITACIÓN al establecimiento denominado "ARCO HOSPITAL DE DÍA" sito en calle Esperanza N° 1654 de la localidad y partido de Ituzaingó, para su funcionamiento como establecimiento de Salud Mental y Atención Psiquiátrica, en la modalidad Hospital de Día, con una capacidad de tres (3) módulos de doce (12) pacientes cada uno.

ARTÍCULO 2º. Reconocer como Director Médico de dicho establecimiento al Dr. Carlos Alberto ALVAREZ, M.P. 48.988.

SUBSECRETARÍA DE CONTROL SANITARIO

ARTÍCULO 3º. Reconocer como propietaria a la firma CENTROS ARCO SRL inscripta en IGJ bajo el N° correlativo 1855761.

ARTÍCULO 4º. Registrese, comuníquese, notifíquese y archívese.

DISPOSICIÓN N° 002338

DMP/CP



[Handwritten signature]
Dr. Eduardo Bordin
Subsecretario de Control Sanitario
Buenos Aires, Argentina



CONSTANCIA DE OPCION

Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes

CUIT:



Fecha inicio Monotributo: 01-12-2016

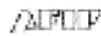
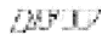
CATEGORIA

E

LOCACIONES DE SERVICIO

Vigencia de la presente constancia: 14-03-2018 a 13-04-2018

Hora: 16:06:19 Verificador: 206152918878



Los datos contenidos en la presente constancia deberán ser validados por el receptor de la misma en la página institucional de AFIP <http://www.afip.gov.ar>