


SISTEMA DE SALUD OSEP - SISAO  
CONSUMO ORDEN DE DISCAPACIDAD  
PLAN DISCAPACIDAD

N° 000012925426

CONSUMIDA  
31-10-2021  
17:55:11

DOMICILIO DE ATENCIÓN      SALUDARTE SRL  
TERRADA No 1668  
PERDRIEL (5507) - LUJAN DE CUYO - MENDOZA -  
INSTITUCIÓN CONVENIDA      SALUDARTE SRL  
PROFESIONAL      Mat 001517 - KINESIÓLOGO - GIL DANIELA DEBORA  
AFILIADO      3/11925030/08 GELVEZ JANET ISABEL

MÓDULO		001002-00 CENTRO DE DIA-JORNADA DOBLE (CATEGORIA A)
#	Práctica	Cant.
01	03-332023-00 ASISTENCIA	20

 00214104381144000012925426000392690	CARGO OSEP	\$40531.00
	COSEGURO	
	AFILIADO	\$0.00

*Janet R. Gelvez* 12187209  
Firma Afiliado  
Aclaración y Nro Doc.

ORIGINAL

SALUDARTE SRL

C

COD. 011

FACTURA

Razón Social: SALUDARTE SRL

Domicilio Comercial: Arizu 375 - Godoy Cruz, Mendoza

Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento

Punto de Venta: 00001    Comp. Nro: 00000615

Fecha de Emisión: 01/11/2021

CUIT: 30715673688

Ingresos Brutos: 0767955

Fecha de Inicio de Actividades: 28/07/2017

Período Facturado Desde: 01/10/2021

Hasta: 31/10/2021

Fecha de Vto. para el pago: 01/11/2021

CUIT: 30623978164

Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PUBLICOS OSEP

Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento

Domicilio: Jose V. Zapata 313 - Mendoza Ciudad, Mendoza

Condición de venta: Contado

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
001	Por Atención en Centro de Día, Saludarte SRL Categoría : A Jornada doble sin dependencia Afiliado: YANET GELVEZ DNI:38.008.498 Período de prestación: OCTUBRE 2021	1,00	unidades	40531,00	0,00	0,00	40531,00

SALUDARTE S.R.L.  
María E. Farreras  
Socio Gerente

Subtotal: \$ 40531,00

Importe Otros Tributos: \$ 0,00

Importe Total: \$ 40531,00

"DEFENSA AL CONSUMIDOR MZA. 0-800-222-6678  
ESTABL N°: 05-0767955-00 SEDE DE TIMBRADO:01 SEDE CENTRAL"



Comprobante Autorizado

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

SISTEMA DE SALUD OSEP - SISAO  
AUTORIZACIÓN ORDEN DISCAPACIDAD  
PLAN DISCAPACIDAD

AUTORIZADA  
19-08-2021  
10:44:11

CANT. ÓRDENES 04  
DOMICILIO DE ATENCIÓN SALUDARTE SRL  
TERRADA No 1668  
PERDRIEL (5507) - LUJAN DE CUYO - MENDOZA - TEL: 261-5-923225 - 4578703  
INSTITUCIÓN CONVENIDA SALUDARTE SRL  
AFILIADO 3/11925030/08 GELVEZ JANET ISABEL

MÓDULO 001002-00 CENTRO DE DIA-JORNADA DOBLE (CATEGORIA A)

#	Práctica	Cant.
01	03-332023-00 ASISTENCIA	20

N° 000012925426

2

VIGENCIA 01-10-2021 al 31-10-2021  
COSEGURO AFILIADO \$0.00  
COSTO OSEP \$40531.00



00214104381144000012925426000392690

N° 000012925427

3

VIGENCIA 01-11-2021 al 30-11-2021  
COSEGURO AFILIADO \$0.00  
COSTO OSEP \$40531.00



00214107851144000012925427000392690

N° 000012925428

4

VIGENCIA 01-12-2021 al 31-12-2021  
COSEGURO AFILIADO \$0.00  
COSTO OSEP \$40531.00



00214109441244000012925428000392690

Firma Autorizada OSEP

Sr. Prestador: Le informamos que la presente orden debe ser consumida en el sistema de salud de OSEP (SISAO)  
www.osep.mendoza.gov.ar/aplicaciones

3.3 Planilla de Asistencia Mensual – Instituciones

Prestador: SALUDARTE SRL

Domicilio: TERRADA 1668-PERDRIELLUJAN DE CUYO-MENDOZA

Correo Electrónico: institutosaludarte@gmail.com..... Tel( 261 )5923225

Apellido y Nombre del beneficiario: YANET GELVEZ

DNI: 38.008.498

Prestación: ATENCION CENTRO DE DIA

Turno (mañana/tarde/doble): DOBLE

Periodo (mes y año) OCTUBRE 2021

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
P	S	D	P	P	P	P	F	S	D	F	P	P	P	P

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
S	D	P	P	P	P	P	S	D	P	P	P	P	P	S	D



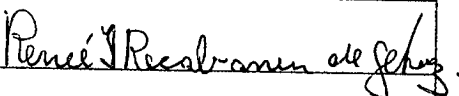
- \* Se marcará con una P (Presente) las asistencias
- \* Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias
- \* S (Sábados) / D (Domingos) / F (Feriado) / J (Jornada)

Y toda aclaración que considere pertinente .....

.....

.....

.....

Prestador	Paciente o responsable
 Firma del responsable de la institución	 Firma
SALUDARTE S.R.L. María E. Farreras Socio Gerente Sello o Aclaración	Aclaración  DNI 18187209

**DECLARACIÓN JURADA DEL PRESTADOR (INSTITUCIONES - PROFESIONALES)**  
**PRESTACIÓN BRINDADA EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO**

Mes OCTUBRE de 2021

En contexto de medida de “AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO”, DECNU-2020-297-APN-PTE

NOMBRE Y APELLIDO: YANET GELVEZ

NRO. DE DNI	38.008.498	
NRO. DE BENEFICIARIO O AFILIADO	11925030/8	
ORDEN DE ATENCIÓN (en caso de corresponder)	Número	Fecha de Emisión

¿QUE PRESTACION BRINDÓ DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO?				
<input type="checkbox"/> HOGAR	<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN	<input type="checkbox"/> HOGAR CON OTRA PRESTACIÓN ESPECIFICAR:
<input checked="" type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA	<input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	<input type="checkbox"/> CENTRO DE APRESTAMIENTO LABORAL	<input type="checkbox"/> MODULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR	<input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD <ul style="list-style-type: none"><li>• INICIAL</li><li>• PRIMARIA</li><li>• FORMACIÓN LABORAL</li></ul>
<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN MODULO INTEGRAL INTENSIVO	<input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE APOYO	<input type="checkbox"/> CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA	<input type="checkbox"/> REHABILITACION HOSPITAL DE DÍA	
<input type="checkbox"/> MODULO INTEGRAL SIMPLE	<input type="checkbox"/> MAESTRO DE APOYO			
<input type="checkbox"/> PRESTACION NO BRINDADA				
MOTIVO:				
ESPECIFICAR MODALIDAD DE CONCURRENCIA				
<input type="checkbox"/> SIMPLE x LUNES A VIERNES <input type="checkbox"/> OTRA – ESPECIFICAR:				
<input checked="" type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> PERMANENTE				
ESPECIFICAR LA MODALIDAD A TRAVÉS DE LA CUÁL BRINDÓ LA PRESTACIÓN EN EL PERÍODO DE AISLAMIENTO				

☐ MATERIAL ☐ MAIL ☐ VIDEO LLAMADA ☒ PRESENCIAL ☐ TELEFÓNICA ☐ OTRA IMPRESO

ESPECIFICAR

¿DESDE EL ESTABLECIMIENTO SE BRINDÓ EL SERVICIO DE ALIMENTACION A DOMICILIO?	
<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO MOTIVO: _____

EN EL CASO EN QUE EL BENEFICIARIO RESIDA EN UN HOGAR/RESIDENCIA: ¿FUE RETIRADO POR SUS FAMILIARES O RESPONSABLES A CARGO DURANTE EL PERÍODO DE AISLAMIENTO PREVENTIVO SOCIAL Y OBLIGATORIO?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
¿SE REQUIRIÓ ASISTENCIA DE TRANSPORTE?	
<input checked="" type="checkbox"/> SÍ PARA TRASLADO DE ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> OTROS <u>Traslado beneficiario al CD</u>	
<input type="checkbox"/> NO	

CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN BRINDADA	
SI ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA	SI NO ES POSIBLE OBTENERLA A DISTANCIA
<p>FECHA: <u>01 / 11 / 2021</u></p> <p>FIRMA DEL TITULAR/FAMILIAR/RESPONSABLE/TUTOR <u>Renee Y Recobam de Jhony</u></p> <p>ACLARACION: DNI: <u>12187209</u></p>	<p>FECHA: <u>01 / 11 / 2021</u></p> <p>Declaro que la información proporcionada reviste carácter de declaración jurada, contando con la conformidad del beneficiario y/o familiar responsable y/o tutor para brindar la asistencia informada. La misma se incorporará al legajo del beneficiario</p> <p>FIRMA DEL PRESTADOR: <u>[Firma]</u></p> <p>ACLARACION:</p> <p>DNI:</p> <p>SALUDARTE S.R.L. María E. Farreras Socio Gerente</p>