

INFORME SEGUIMIENTO SEMESTRAL – JUNIO 2026

IMPORTANTE: la documentación deberá ser firmada en forma ológrafa (manuscrita) únicamente. Resol. 1743/24 SSSalud.

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

DNI:

Razón social del prestador/a: _____

Domicilio de atención: _____ Tel: _____

Razón social del prestador/a:

Período de abordaje:

Evaluación a la fecha (estado actual): Descripción de intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo. Resultados Alcanzados.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Datos del/a profesional:

Firma: _____ Aclaración: _____

Sello:

Lugar y fecha: _____

****El presente formulario SOLAMENTE podrá ser presentado por medio de nuestra página web (www.osfe.org.ar) en Trámites > Discapacidad.***