

SANTA ROSA, 17 FEB 2021

**NOTA MÚLTIPLE N° 005**  
/21 - DGTEL.-

Señoras  
Coordinadoras de  
Área de Zonas I, II, III y IV  
SU DESPACHO

Me dirijo a ustedes y por su intermedio a la instituciones y servicios educativos de vuestra dependencia a fin de remitir, ante el comienzo del presente año, información general acerca del funcionamiento de los Asistentes Personales No Docentes (APND), con el objeto de ofrecer respuestas a consultas que realizan las instituciones con respecto a la temática.

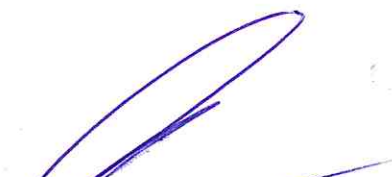
Se adjuntan los siguientes documentos:

- Anexo I - Información General
- Anexo II - Consentimiento Informado
- Anexo III - Consentimiento para Acompañantes
- Anexo IV - Formulario para informar la cuenta bancaria (unicamente para uso de los APND que inician por primera vez una prestación)
- Anexo V - Planilla de Excel para cobertura de Seguro de Accidentes Personales de APND

Sin otro particular las saludo cordialmente.-

LDSB/lalm/cr



  
Prof. LADIO D. SCHEER BECHER  
DIRECTOR GRAL. DE TRANSVERSALIDAD  
DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA

---

**ANEXO I A LA NOTA MÚLTIPLE N° 005/21 - DGTEL -**

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Asistentes Personales No Docentes (APND) – 2021**

El año pasado se les solicitó a la escuelas, listado de estudiantes que requerían continuidad o dar comienzo de acompañamiento con Asistentes Personal No Docente (APND). Las Coordinaciones enviaron listados finales con los/as estudiantes que contemplaron como acordes a las solicitudes (pueden consultar, con este ámbito si están o no aprobados).

Los/as estudiantes que están confirmados/as, pueden comenzar con APND desde inicios de marzo de 2021, coincidente con el comienzo de clases.

En función de la epidemia por COVID, y de acuerdo a la forma de escolarización combinada establecida por la Resolución N° 100/21 del Ministerio de Educación Provincial, los APND, en sus tareas, realizarán acciones en función de las necesidades del estudiantes con discapacidad tanto en escuelas como en domicilios, por tanto continuaremos con la presentación mes a mes de los consentimiento para trabajar (ANEXOS II y III de la presente Nota).

**PARA TENER EN CUENTA:**

- Será exclusiva responsabilidad de cada APND poseer su documentación impositiva en orden al comienzo de la prestación (AFIP e Ingresos Brutos y otro/s que corresponda/n), ello para evitar dificultades al momento del cobro.
- Tener en cuenta las fechas de vencimiento de los Certificados Únicos de Discapacidad (CUD) y carnet sanitarios, según normativas vigentes. Se sugiere a las escuelas revisar fechas e iniciar trámites de renovación con tiempo. Recuerden que vencidos los certificados, los/las Asistentes quedan sin posibilidad de recibir cobros.
- Ante la necesidad de comienzo de un nuevo APND, se debe enviar a la Coordinación, la fundamentación del pedido y esperar la aceptación. La Coordinación debe elevar a esta Dirección General dicha necesidad.



- 
- **Previo al comienzo** de la prestación de los APND, es **imprescindible** que las instituciones y servicios educativos informen a esta Dirección General los datos que integran la **planilla de Excel** correspondiente (ANEXO V), para gestionar ante la Dirección de Seguros del Instituto de Seguridad Social, la cobertura del **Seguro de Accidentes Personales** (Asistencia Médica y Farmacéutica). Dicha planilla deberá ser remitida a la siguiente casilla de correo electrónico:

**[asistentes.idoneos@mce.lapampa.gov.ar](mailto:asistentes.idoneos@mce.lapampa.gov.ar)**

- Sólo tendrán cobertura de APND los estudiantes que tienen CUD.
- Se recuerda que la documentación de los/as estudiantes y APND se envían de manera conjunta anexada a la primera facturación (primeros días de abril).



Documentación a presentar de acuerdo con el lugar de facturación del APND:

## INCLUIR SALUD

a) Nota de continuidad con firma del Directivo y sello de la Escuela (es una nota simple en la que se certifica que el APND acompañó al alumno y que lo continuará haciendo el mes siguiente).

b) Planilla de asistencia: con firma y sello de la escuela (para el caso de quienes necesiten transporte, tener en cuenta que en la planilla de transporte debe firmar de un miembro de la familia). Recordar a los Asistentes que en la planilla se ponen solamente los días hábiles del calendario escolar, en que se realizaron asistencias.

c) Factura y Constatación de CAE.

d) Consentimiento Informado (ANEXO II de la presente Nota)

e) Consentimiento para Acompañantes (ANEXO III de la presente Nota).

**De la/el estudiante:** en total SEIS (6) fotocopias de los siguientes documentos:

1. Certificado Único de Discapacidad (CUD), de acuerdo a las Resoluciones vigentes con respecto a esta temática, controlar vencimiento.

2. DNI

3. Carnet Sanitario (controlar vencimiento)

4. Carnet Incluir Salud

5. Prescripción médica

6. Recibo de sueldo.

### **Del APND:**

Solamente se envía fotocopia de la siguiente documentación únicamente al inicio de la prestación (no es necesario el resto de los meses)

1. DNI

2. Certificado de Antecedentes de Buena Conducta emitido por Autoridad Policial.

3. Certificado de apto médico.



#### ACLARACIÓN:

Para el caso de los APND que trabaja por primera vez, deben realizar el trámite de registro como prestador del Estado. Para ello, deben enviar un correo electrónico a [etalonerio@lapampa.gob.ar](mailto:etalonerio@lapampa.gob.ar) con los siguientes archivos (pueden ser fotos o escanear/ deben ser claras y legibles):

- Planilla de contaduría (Anexo IV de la presente Nota Múltiple).
- Certificación de CBU, con firma y sello del banco.
- Una constancia de inscripción en la Dirección General de Rentas de la Provincia, o una factura realizada con anterioridad (puede ser cualquiera de las dos cosas porque se solicita para adquirir N° de Ingresos Brutos, datos de AFIP y fecha de comienzo de actividad).

Para el caso de los APND que han trabajado en años anteriores NO es necesario enviar la documentación antes descripta dado que ya están registrados como prestadores del Estado.



## DIRECCIÓN DE DISCAPACIDAD

- a) Nota de continuidad con firma del Directivo y sello de la Escuela.
- b) Planilla de asistencia: con firma y sello de la escuela (para el caso de quienes necesiten transporte, tener en cuenta que en la planilla de transporte debe firmar de un miembro de la familia). Recordar a los Asistentes que en la planilla se ponen solamente los días hábiles del calendario escolar, en que se realizaron asistencias.
- c) Factura y Constatación de CAE
- d) Consentimiento Informado (ANEXO II de la presente Nota)
- e) Consentimiento para Acompañantes (ANEXO III de la presente Nota).

**De la/el estudiante:** en total DOS (2) fotocopias de los siguientes documentos:

1. Certificado Único de Discapacidad (CUD), de acuerdo a las Resoluciones vigentes con respecto a esta temática, controlar vencimiento
2. DNI

**Del APND:**

Solamente se envía fotocopia de la siguiente documentación únicamente al inicio de la prestación (no es necesario el resto de los meses)

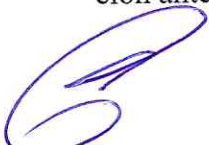
4. DNI
5. Certificado de Antecedentes de Buena Conducta emitido por la Policía de La Pampa.
6. Certificado de apto médico.

**ACLARACIÓN:**

Para el caso de los APND que trabaja por primera vez, deben realizar el trámite de registro como prestador del Estado. Para ello, deben enviar un correo electrónico a [etalonerio@lapampa.gob.ar](mailto:etalonerio@lapampa.gob.ar) con los siguientes archivos (pueden ser fotos o escanear/ deben ser claras y legibles):

- Planilla de contaduría (Anexo IV de la presente Nota Múltiple).
- Certificación de CBU, con firma y sello del banco.
- Una constancia de inscripción en la Dirección General de Rentas de la Provincia, o una factura realizada con anterioridad (puede ser cualquiera de las dos cosas porque se solicita para adquirir N° de Ingresos Brutos, datos de AFIP y fecha de comienzo de actividad).

Para el caso de los APND que han trabajado en años anteriores NO es necesario enviar la documentación antes descripta dado que ya están registrados como prestadores del Estado.



## OTRAS OBRAS SOCIALES

Cada familia debe hacer su trámite y corroborar que este autorizado el pago de la prestación, para evitar problemas de pago con los APND.

En el caso de SEMPRE, previo a realizar el trámite por la familia, las instituciones y servicios educativos deben elevar a la Coordinación y por su intermedio a esta Dirección General, para informar y corroborar el comienzo de la prestación.

### ACLARACIÓN:

Los/as estudiantes que **poseen obra social** deben recibir cobertura de APND a través de la misma.

La Dirección de Discapacidad comunicó que, aunque se presenten NOTA de NO COBERTURA, emitida por la obra social, **no se podrá realizar pago**. Ante esta situación, las familias deberán buscar asesoramiento en la Superintendencia de Seguros de Salud (calle Rivadavia 345 -Santa Rosa – Teléfono 02954- 421993 / 02954- 42 2061).



ANEXO II A LA NOTA MÚLTIPLE N° 005 / 21 = DGTEL. -

Ministerio de Salud | GOBIERNO DE LA PAMPA

CONSENTIMIENTO INFORMADO (DECLARACIÓN JURADA)

Lugar y Fecha
El que suscribe (Nombre y apellido) Documento (tipo y N°)
Domicilio Ciudad Provincia

Beneficiario Incluir Salud - N°
Asistiendo en E. Asistencial
Certificado Único Discapacidad N°
Diagnóstico: Enfermedad de Base
Con afección CRÓNICA de: Sistema Respiratorio Cardíaco Neuromuscular

Con pertenencia a POBLACIÓN DE RIESGO según recomendaciones sanitarias DECRETOS 260/20-PEN, N.º 521 Y N.º 55/20 - Provincia de la Pampa en relación con la pandemia declarada por la OMS en relación con el coronavirus COVID 19, para la evolución desfavorable de la enfermedad en caso de contagio y mayor riesgo de morbi-mortalidad. Si No

Dejo constancia que se me informa sobre las medidas de bioseguridad exigidas para la prestación controlada en el domicilio y riesgos expuestos, a saber:

- 1- Medidas sanitarias necesarias para disminuir recíprocamente riesgo de contagio durante todo el tiempo de permanencia de acompañante en domicilio/institución conforme el protocolo que se anexa a la presente (RECOMENDACIONES DE EPIDEMIOLOGÍA: Ej. barbijos, tapa-boca y nariz, guantes, lavado de manos frecuente, utilización de alcohol, etc.)
2- Que a pesar de estas rigurosas precauciones no se puede asegurar con certeza que no exista posibilidad de contagio.
3- Que el acompañante no deba asistir al domicilio, si se presentan ciertas condiciones de salud o condiciones epidemiológicas enumeradas a continuación:
\* Temperatura de 37,5° o mas, y/o uno o mas de los siguientes síntomas: Tos, Dolor de GARGANTA, Dificultad respiratoria, Anosmia/Disgeusia sin otra etiología que lo explique.
\* En los últimos 14 días haya estado en contacto con casos confirmados de COVID-19. (Historia de viaje fuera del país o permanencia en zona de transmisión local; comunitario por conglomerado) de covid - 19 en Argentina.
4- Que ha sido debidamente informado y en consentimiento acabado tras haber recibido información verbal clara y sencilla, ha podido aclarar mis dudas y tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de condición programada/ habitual urgente (tacharlo que no corresponda).
5- Que atento a la información recibida me comprometo a cumplir todas la indicaciones que brinda la autoridad sanitaria provincial.
6- Se me ha indicado que puedo tener una copia de este consentimiento y puedo revocar el mismo en cualquier momento.

Firma del profesional/Idoneo
Firma del paciente

ANEXO I RESOLUCIÓN N.º 1833 /20



**ANEXO III A LA NOTA MÚLTIPLE N° 005 /21 - DGTEL-**

**CONSENTIMIENTO PARA ACOMPAÑANTES**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_  
El que suscribe \_\_\_\_\_ Documento (tipo y N°) \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido)  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Dejo constancia que: \_\_\_\_\_

Por desarrollar funciones de acompañante de paciente, se me ha suministrado información completa, suficiente de manera detallada, con un lenguaje sencillo y claro acerca de la naturaleza de la enfermedad, significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte, mientras permanezca como acompañante del paciente.

He podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme mientras permanezca junto al/la paciente.

En pleno uso y goce de mi entendimiento, **DECLARO** estar en conocimiento de la información necesaria para mi desempeño como acompañante domiciliario, y **PRESTO MI CONSENTIMIENTO** para permanecer como acompañante mientras dure el proceso de enfermedad de mi acompañado en (DOMICILIO)

atendiendo el estricto cumplimiento de las normas de bioseguridad, que forman parte del protocolo extendido por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, que obra como anexo del presente.

Firma del acompañante:

Firma de la persona que informa:

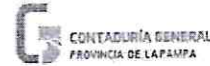
ANEXO II RESOLUCION N.º 1833 /20.



005  
ANEXO IV A LA NOTA MÚLTIPLE N° 721 - DGTEI.-



**Registro de  
PROVEEDORES**



**FORMULARIO PARA INFORMAR LA CUENTA BANCARIA**

Al señor Contador General de la provincia de La Pampa:

Por la presente, en mi carácter de (1) \_\_\_\_ (consignar lo que corresponda) doy expresa conformidad a que los pagos que deban realizar en lo sucesivo las distintas oficinas pagadoras de la Administración Pública Provincial, lo hagan mediante interdepósito bancario a la siguiente cuenta:

Tipo de cuenta en pesos:	Cód. Interna	Cód. Interna
Cuenta Corriente Común:	<input type="checkbox"/> 01-1	Caja de Ahorro Común: <input type="checkbox"/> 02-1
Cuenta Corriente Especial	<input type="checkbox"/> 01-12	Caja de Ahorro Haberes: <input type="checkbox"/> 02-15
Otras		

N° de Cuenta: \_\_\_\_\_ Nombre de la cuenta: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_ C.B.U: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Sucursal:**

(1) I= Proveedor en el Registro de Proveedores: P= Pasantes C= Contratistas N= No inscripto en el registro de Proveedores AC= Autoconvocados PM: Préstamo S=Subsidios O= Otros

Los pagos así efectuados obviarán el recibo correspondiente y serán aplicados a la deuda a que haga referencia el "Informe Quincenal de Pagos" confeccionado por la Contaduría General.

Asimismo se considerará fecha cierta de extinción de la obligación a los efectos legales aquella en que se ha realizado el depósito en la cuenta por mi informada.

Me obligo a comunicarle los cambios de denominación, número de cuenta bancaria y/o domicilio, siendo único responsable si así no lo hiciera. La falta de comunicación en estos casos haría que la fecha cierta de pago sea la de emisión del interdepósito fallido cuando la causa del rechazo sea imputable a mi falta de información en tiempo y forma.

Por último, dejo constancia que la aceptación de esta forma de pago no excluye la efectuada mediante cheque cuando las oficinas pagadoras lo estimen correspondiente.

**Datos generales del Acreedor:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Nombre de fantasía: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 T.E.: \_\_\_\_\_ Dirección de email: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento (\*): \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_  
 C.U.I.T./C.U.I.L./C.D.I.: \_\_\_\_\_ (Tache lo que no corresponda)  
 N° de inscripción en Ingresos Brutos: \_\_\_\_\_

**Reservado para el Departamento Compras y Suministros:**

N° de Acreedor asignado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Aclaraciones Importantes**

Esta planilla deberá acompañarse con certificación de la cuenta bancaria extendida por la entidad financiera, la cual deberá contarse con número y nombre de la sucursal, firma, de persona autorizada y sello del banco.

En dicha certificación constará la C.B.U. (Clave Única Bancaria) correspondiente a la Cuenta Bancaria informada, N° de cuenta, denominación, y tipo. Deberá adjuntarse el original de la certificación, no se aceptarán fotocopias ni fax.

La firma del titular o representante legal deberá estar certificada por autoridad competente, además, para el caso de empresas, la misma deberá estar avalada por el correspondiente sello identificatorio.

(\*). Completar solamente en caso de Pasantes. Esta planilla es de uso interno de la Contaduría General de la provincia. La certificación del CBU deberá venir en hoja aparte.

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular  
O Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración de la firma

---

**ANEXO V A LA NOTA MÚLTIPLE N° 005/21 - DGTEL.-**

**Dción. Gral. de Transversalidad de la Educ. Inclusiva  
Cobertura de Seguro de Accidentes Personales**

Apellido y Nombre del APND	DNI	Fecha Nacimiento

