

INSTRUCTIVO DE FACTURACIÓN

SE INFORMA QUE, POR DISPOSICIÓN DE AFIP, SOLO SE PODRÁN EMITIR FACTURAS ELECTRÓNICAS, LAS MISMAS DEBERÁN ENTREGARSE DENTRO DE LOS PRIMEROS 10 (DIEZ) DÍAS DE CADA MES SIEMPRE QUE LA PRESTACIÓN SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR ESTE AGENTE DE SALUD. LA PRESENTACIÓN DEBERÁ REALIZARSE DE MANERA MENSUAL Y POR CORREO, SIN EXCEPCION.

Correo de envío: facturacion.discapacidad@ossacra.org.ar (SIN ACENTO)

EN LOS CASOS DONDE NO PRESENTEN LA FACTURA DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR ESTA AUDITORIA SOLO SE RECONOCERÁ LA FACTURACION RETROACTIVA A 2 (DOS) PERIODOS DEL MES CALENDARIO EN CURSO. ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PRESTADOR/INSTITUCIÓN ENTREGAR LA FACTURA EN TIEMPO Y FORMA PARA DAR INICIO AL PROCESO DE PAGO.

- Se deberá contar con el documento original emitido por el prestador completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP. NO SE RECIBIRÁN FACTURAS ESCANEADAS Y/O IMPRESAS. Todas las facturas presentadas deben ser electrónicas y contar con el CAE emitido por AFIP, para asegurar su validez y facilitar su constatación.
- **La fecha de emisión de los comprobantes de facturación deberá coincidir con el período facturado.**
- La facturación debe enviarse en formato PDF y con el siguiente formato: **CUIT DEL PRESTADOR_TIPO DE COMPROBANTE_PUNTO DE VENTA_NÚMERO DE COMPROBANTE.pdf**
- En todos los casos deberá presentar **planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ** por cada prestación. Deberá estar firmada por el prestador, la PcD o familiar responsable/ tutor.
- La **dependencia** solo se reconocerá si se especifica en la prescripción médica, en el presupuesto y se incluye en la facturación.
- La Factura o Recibo deberá estar emitida por el prestador y dirigida a la Obra Social (Cuit y Nombre), deberá contener:
 - Nombre, Apellido y DNI del beneficiario
 - Período de prestación.
 - Prestación brindada, según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
 - Modalidad, jornada (doble y simple), categoría del establecimiento si correspondiere, si incluyera dependencia

En el caso de especialidades (prestaciones por hora/sesiones):

- Cantidad de sesiones y valor unitario de las mismas.
- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.

En el caso de Transporte se deberá detallar:

- Direcciones de partida y destino.
- Cantidad de viajes realizados por día y en el mes
- Cantidad de kilómetros recorridos por viaje. Total de kilómetros mensuales.
- Indicar si incluye dependencia

DATOS DE FACTURACIÓN

- Denominación: **OBRA SOCIAL DE LA ASOCIACION CIVIL PROSINDICATO DE AMAS DE CASA DE LA REPUBLICA ARGENTINA**
- CUIT: **30-69637555-7 / EXENTO DE IVA**
- Domicilio: **Mitre Bartolomé 844 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires.**

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL – PRESTACIONES POR HORA / SESIONES

PRESTACIÓN: _____ PERIODO (MES Y AÑO): _____

PRESTADOR: _____

DOMICILIO: _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ DNI: _____

Se informa que, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1743/2024, los datos incorporados a esta planilla revisten carácter de declaración jurada.

El beneficiario que accede a la prestación, y/o su responsable, deberá firmar por cada sesión recibida.

Fecha dd/mm/aa	Horario	Cantidad de sesiones	Firma Profesional	Firma del paciente o responsable

PROFESIONAL	PACIENTE O RESPONSABLE
FIRMA	FIRMA
	ACLARACIÓN
SELLO O ACLARACIÓN	DNI
MATRICULA	VÍNCULO

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL – INSTITUCIONES

PRESTACIÓN: _____

PERIODO (MES Y AÑO): _____ TURNO (MAÑANA/TARDE/DOBLE): _____

PRESTADOR: _____

DOMICILIO: _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ DNI: _____

Se informa que, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1743/2024, los datos incorporados a esta planilla revisten carácter de declaración jurada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

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

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

PRESTADOR	PACIENTE O RESPONSABLE
FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN	FIRMA
SELLO O ACLARACIÓN	ACLARACIÓN
	DNI
SELLO DE LA INSTITUCIÓN	VÍNCULO

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL – APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR / MAESTRO DE APOYO

PRESTACIÓN: _____ PERIODO (MES Y AÑO): _____

PRESTADOR: _____

LUGAR DONDE SE BRINDA LA INTEGRACIÓN: _____ TURNO (MAÑANA/TARDE): _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ DNI: _____

Se informa que, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1743/2024, los datos incorporados a esta planilla revisten carácter de declaración jurada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

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

* Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario)

* Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias.

* S (Sábados) / D (Domingos) / F (Feriado) / J (Jornada)

PRESTADOR	PACIENTE O RESPONSABLE
FIRMA DEL RESPONSABLE	FIRMA
SELLO O ACLARACIÓN	ACLARACIÓN
	DNI
SELLO DE LA INSTITUCIÓN (INTEGRACIÓN ESCOLAR)	VÍNCULO

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL – TRANSPORTE

PRESTADOR: _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ DNI: _____

PERIODO (MES Y AÑO): _____

Se informa que, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1743/2024, los datos incorporados a esta planilla revisten carácter de declaración jurada.

TRASLADO DESDE: _____

TRASLADO HASTA: _____

Cronograma de asistencia: (marcar con una CRUZ los días asistidos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

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

Completar en caso de requerir más de un traslado

TRASLADO DESDE: _____

TRASLADO HASTA: _____

Cronograma de asistencia: (marcar con una CRUZ los días asistidos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

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

* Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias.

* S (Sábados) / D (Domingos) / F (Feriado)

TRANSPORTISTA	PACIENTE O RESPONSABLE
FIRMA	FIRMA
	ACLARACIÓN
SELLO O ACLARACIÓN	DNI
	VÍNCULO