



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 -5100

O.S.C.T.C.P.

Instructivo de Facturación

Discapacidad



Año 2022



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 - CABA
Tel. (011) 4011 -5100

Objetivo

El presente instructivo tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar la facturación de las prestaciones fehacientemente autorizadas por solicitud de prestaciones de Sistema Básico de Discapacidad.

Procedimiento correspondiente al circuito de Facturación de las prestaciones autorizadas

Lineamientos generales:

- Únicamente será recepcionada la facturación correspondiente a prestaciones fehacientemente autorizadas por la O.S.C.T.C.P.
- El prestador se encuentra obligado a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP vigentes.
- A los efectos de evitar inconvenientes en la liquidación y demoras en el circuito de pagos, la facturación deberá ser cargada a través de nuestra plataforma digital destinada para tal efecto:
<http://osctcpnet.org.ar/admcontable/index.asp> **(A PARTIR DE OCTUBRE DE 2022, ESTE ES EL ÚNICO MEDIO VÁLIDO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN).**
- Solo se podrá incluir facturación de períodos de cobertura de hasta 3 meses anteriores a su presentación. Recuerde que los períodos a presentar en mecanismo de integración están sujetos a modificaciones por medio de resolución de SSS.
- La facturación debe presentarse entre los días 1 y 10 de cada mes vencido. No se aceptará la facturación de servicios por adelantado.
- Deberá presentarse una factura por período, (mes/año) y por cada prestación autorizada.
- Al percibir la transferencia por parte de la O.S.C.T.C.P. el prestador deberá remitir a caja@uta.org.ar un recibo X por cada factura abonada

No se aceptarán:

- Facturas que incluyan más de 1 (un) beneficiario
- Que no indiquen el nombre completo del beneficiario y/o DNI del mismo
- Facturas que incluyan prestaciones correspondientes a varios períodos (mes/año)
- Que el CUIT no coincida con el que figura en la autorización
- Reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de documentación respaldatoria de cualquier tipo de tratamiento. Por ejemplo: si adjuntó constancia de atención por 4 sesiones no podrá facturar por un valor que exceda a esa cantidad de sesiones
- Montos que excedan lo presupuestado y autorizado

Documentación requerida para facturar:

La factura debe ser ingresada al portal digital de manera legible en formato PDF original, NO ESCANEADA acompañada por la documentación respaldatoria en mismo formato. Constancia de Inscripción en www.afip.gov.ar emitida el día de confección del comprobante, a los efectos de verificar impuestos activos. De no presentar dicha constancia, se realizará la verificación al momento de su liquidación.

Comprobante contable:

- Original de factura "TIPO B" con CAI vigente
- Original de factura "TIPO C" con CAI vigente



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 -5100

- Original de Recibo “TIPO C”

Las Facturas y Recibos deberán contener:

- En el encabezado de la factura:
 1. Fecha de emisión posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario
 2. Estar dirigida a **OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS (O.S.C.T.C.P)**, domicilio Moreno 2969, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1209
 3. CUIT 30-65767771-6, condición IVA , exento.
- En la descripción o cuerpo de la factura y/o recibo:
 1. Nombre, apellido y DNI del beneficiario. El cual debe coincidir con el indicado en la autorización
 2. Período facturado (mes/año)
 3. Indicar prestación brindada según lo autorizado
 4. En las instituciones debe figurar tipo de jornada y categoría
 5. En caso de corresponder dependencia debe estar detallada
 6. En caso de especialidades como prestaciones de apoyo debe detallar cantidad de sesiones brindadas y el valor por sesión
 7. En caso de los transportes debe detallar domicilio de partida y llegada, viajes diarios, viajes mensuales, km diarios, km mensuales, valor del km, la dependencia si corresponde y monto mensual de la prestación brindada

Recibo X para cancelar el pago recibido debe contener:

- Fecha de emisión (posterior a la fecha de emisión del talonario)
- Estar extendido a nombre de O.S.C.T.C.P.
- Domicilio Moreno 2969, CP 1209, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- CUIT 30-65767771-6
- Número completo de factura que cancela
- Importe de la misma
- Importe total
- Mes y año
- En el caso que el recibo cancele más de una factura, deberá contener indefectiblemente el número de las facturas con sus correspondientes importes
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas
- Detalle del pago por transferencia y fecha de transferencia
- Firma y aclaración del prestador o su representante

Importante: los recibos no podrán cancelar facturas correspondientes a distintos años de prestación.

Ingreso de prestadores por primera vez:

- Formulario de Alta de prestador completo con fecha actual
- Constancia de CBU emitida por entidad bancaria en donde figuren los datos del titular de la cuenta.
- Constancia de Ingresos Brutos actualizada.
- Inscripción en AFIP actualizada.
- La cuenta bancaria debe pertenecer indefectiblemente a la persona que figure en el alta y quien le brindase la prestación.



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 -5100

Planilla de Asistencia:

Las constancias conforman la documentación avaladora de la liquidación que se presenta, por lo tanto, debe remitir una constancia por comprobante en original.

En general:

- Nombre y apellido del prestador
- Nombre y apellido del beneficiario atendido con su DNI. El mismo debe concordar con el indicado en la autorización
- Período al que corresponde (mes/año)
- Prestación y modalidad
- Para certificar que la prestación fue brindada deberá tener la firma y aclaración de madre, padre o tutor aclarando parentesco y N° de DNI

Por modalidad:

- En el caso de los **Profesionales**: deben presentar original del detalle de las sesiones mensuales brindadas, indicando fecha de realización. Cada sesión debe estar avalada por un familiar o responsable del asistido con firma, aclaración, parentesco y DNI. A su vez, cada terapia deberá estar respaldada por firma y sello del profesional
- En el caso de **Maestra de Apoyo**: el profesional deberá presentar original del detalle de las horas/sesiones mensuales brindadas, indicando la fecha de realización. Cada sesión deberá estar avalada por familiar o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y DNI. El detalle de la terapia deberá estar respaldado mediante firma y sello del profesional interviniente, no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución. No se abonarán las horas/sesiones autorizadas que no hayan sido realizadas (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones educativas)
- En el caso de **Apoyo a la Integración**: la institución deberá presentar la constancia original de asistencia, dejando asentada la cantidad total de horas mensuales, a los efectos de avalar la carga horaria presupuestada. Además, deberá estar garantizada con la firma, aclaración, parentesco y DNI del familiar o tutor del asistido. También, mediante firma y sello del profesional interviniente, y no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución. La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, razón por la cual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.
- En el caso de **Instituciones y/o Centros**: la institución deberá presentar la constancia original de asistencia y/o constancia de alumno regular mensual, suscripto por el Director o Representante Legal, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI de familiar o tutor del asistido. Sólo para estas modalidades, se reconocerá un período de hasta 60 días corridos de inasistencia por ENFERMEDAD cuando se encuentre debidamente justificado con certificado médico y constancia firmada por un familiar o tutor del asistido (RESERVA DE VACANTE). Si se tratara de una modalidad educativa, (EGB, EDUCACIÓN INICIAL o FORMACIÓN LABORAL) y, a los efectos de dar curso a la facturación en concepto de Matrícula, la institución deberá presentar una constancia con los mismos datos mencionados anteriormente, especificando que corresponde a la Matrícula.
- En el caso de **Internación**, (lunes a viernes, lunes a sábados, permanente), Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, etc.: la institución deberá presentar la constancia original de



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 -5100

asistencia, suscripta por el Director o Representante Legal, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI del familiar o tutor del asistido.

- En el caso de **Drogodependencia**: debe detallar mes y año de prestación, adjuntar evolutivo emitido a la O.S.C.T.C.P. con fecha de emisión posterior, informar evolución del beneficiario, tener firma y sello del profesional competente (psicólogo/psiquiatra)
- En el caso de **Alimentación**: Para las prestaciones autorizadas con comedor, el mismo se debe facturar aparte de la prestación principal, indicando cantidad de días y su valor unitario. En la planilla, cada día debe estar avalada por un familiar o responsable del asistido con firma, aclaración, parentesco y DNI.
- En el caso de **Transporte**: se debe presentar el detalle original indicando la institución o prestación para la cual se realiza el traslado. Cantidad de viajes realizados y días, suscripto por el representante de la empresa, y avalado con firma, aclaración, parentesco y DNI de familiar o responsable del asistido.

A tener en cuenta:

- En caso de brindarse cobertura por la prestación de transporte para la concurrencia del beneficiario a algún establecimiento educativo que, por su condición no presente facturación mensual ante el área de Discapacidad como escuela pública, deberá presentarse conjuntamente con la constancia de transporte (el mismo deberá indicar los presentes y ausentes del período facturado). Constancia de alumno regular.
- En caso de brindarse cobertura por la prestación de transporte para la concurrencia del beneficiario a tratamientos ambulatorios se deberá presentar constancia de asistencia a terapias, indicando días y horarios de asistencia, con firma y sello del profesional tratante.

Por consiguiente:

- No se abonará el servicio de transporte especial que sea utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino indicado en la documentación respaldatoria
- La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, sino un compromiso como contraprestación por la realización de los viajes pautados, la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada
- No se abonarán los kilómetros que no hayan sido efectivamente realizados

Ajustes de facturación – Débito:

Las facturas que sean objeto de débito, no serán devueltas a la institución, profesional o prestador, sin excepción, y se consideran contablemente canceladas con la copia del ajuste correspondiente, donde se indica el causal del débito.

En los casos en que el débito fuera total se brinda la posibilidad de refacturar según corresponda. Ello implica la presentación de una nueva factura, dentro de los plazos previstos por el sistema de Integración.

Nota de crédito:

Solo deben presentarse en forma independiente a la facturación en casos de débitos parciales.

Facturación de incrementos de valor por resolución ministerial:

Toda vez que, por Resolución Ministerial sea aprobado un incremento de aranceles:

- Deberá emitir factura por el monto total que resulte de la nueva Resolución



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 -5100

- En los casos en que la Resolución fuese retroactiva, es decir abarcarse un período ya facturado, solo por ese período se deberá emitir **una nueva factura por la diferencia indicando en concepto:** Período facturado (será el mismo de la factura con resolución anterior ya presentada) y la leyenda: **“ajuste (o diferencia) según resolución N° ... (se detalla la nueva resolución)”** Ver mod. de factura

En caso de tener que facturar un período complementario en forma retroactiva, no se requiere una nueva constancia de asistencia.

“Sr. Prestador: esta OBRA Social informa que en cumplimiento del marco operativo establecido por el MECANISMO DE INTEGRACION Resol. 276/18, la facturación por los servicios brindados deberá ser ingresada al portal destinado a tal fin junto con la documentación respaldatoria a mes vencido, en el plazo de 30 (treinta) días corridos posteriores inmediatos a la cobertura, ya que a través de dicho mecanismo no se podrá reconocer/recibir/viabilizar/recepcionar facturación con una retroactividad superior a los 30 (treinta) días corridos.”

Importante:

- Presentar una nota de informe, en el período que el afiliado no asista o no se le preste servicios por alguna contingencia, donde conste los motivos por los cuales no asistió.

Se adjuntan 4 modelos de facturas sólo a modo de ejemplo, no se pueden fotocopiar ni completar sobre los mismos.

- **Modelo 1:** Utilizar para facturar prestaciones de transporte o remises.
- **Modelo 2:** Utilizar para facturar sólo diferencias/ajustes por cambio de resolución, para brindar las siguientes prestaciones: centro educativo terapéutico, Centro de día, hospital de día, hogar, Residencia, estimulación temprana, prestación de apoyo (aclarar cantidad de sesiones), apoyo a la integración escolar, EGB, formación laboral, tratamiento integral simple o intensivo (aclarar cantidad de sesiones), transporte o remises.
- **Modelo 3:** Utilizar para facturar prestación de apoyo, tratamiento integral simple o intensivo.
- **Modelo 4:** Utilizar para facturar centro educativo terapéutico, centro de día, hospital de día, internación en comunidad terapéutica, hogar, residencia, estimulación temprana, apoyo a la integración escolar, EGB, formación laboral.

Se adjunta:

- Planilla de asistencia

Para consultas sobre Facturación Discapacidad comunicarse al teléfono (011) 4011-5100 interno 148/130/129 o Celular Wpp 155163-6611 enviar mail a controlfdiscapacidad@uta.org.ar y por pagos a la casilla proveedores@uta.org.ar



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 - CABA
Tel. (011) 4011 -5100

ORIGINAL							
Datos del prestador				C COD. 011		FACTURA	
Razón Social:				Punto de Venta: 00003 Comp. Nro: 00000118			
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/04/2019			
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2017			
Período Facturado Desde: 01/03/2019		Hasta: 31/03/2019		Fecha de Vto. para el pago:			
CUIT: 30657677716		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS					
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Moreno 2969 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta:							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal

Nombre y apellido del beneficiario
DNI del beneficiario
Mes y año
Dirección de partida
Dirección de llegada
Viajes por día (2 viajes por día o en su defecto 1 viaje cuando es retorno o ida)
Viajes por mes
Km diarios
km mensuales
Valor del km según resolución...
Con dependencia si corresponde siendo un 35%

Subtotal: \$	
Importe Otros Tributos: \$	0,00
Importe Total: \$	



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 69207814015456

Fecha de Vto. de CAE: 24/05/2019

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



272061973370110000369207814015456201905241



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 - CABA
Tel. (011) 4011 -5100

ORIGINAL								
Datos del prestador				C COD. 011	FACTURA			
Razón Social:				Punto de Venta: 00003				Comp. Nro: 00000118
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/04/2019				
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				CUIT:				
				Ingresos Brutos:				
				Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2017				
Período Facturado Desde: 01/03/2019		Hasta: 31/03/2019		Fecha de Vto. para el pago:				
CUIT: 30657677716		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS						
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Moreno 2969 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires						
Condición de venta:								
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal	

Nombre y apellido del beneficiario
DNI del beneficiario

Por diferencia de la factura Nº...
según resolución nº...

Del mes/año

Tipo de prestación (EGB, Cet,
transporte, etc)

Categoría (en caso de escuelas y
centros)

Subtotal: \$		
Importe Otros Tributos: \$		0,00
Importe Total: \$		



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 69207814015456

Fecha de Vto. de CAE: 24/05/2019

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



272061973370110000369207814015456201905241



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 - CABA
Tel. (011) 4011 -5100

ORIGINAL							
Datos del prestador				C COD. 011		FACTURA	
Razón Social:				Punto de Venta: 00003 Comp. Nro: 00000118			
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/04/2019			
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				CUIT:			
				Ingresos Brutos:			
				Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2017			
Período Facturado Desde: 01/03/2019		Hasta: 31/03/2019		Fecha de Vto. para el pago:			
CUIT: 30657677716		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS					
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Moreno 2969 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta:							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unt.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal

Nombre y apellido del beneficiario
DNI del beneficiario
Mes/Año de prestación
Tipo de prestación
Cantidad de sesiones brindadas
Valor de sesión

Subtotal: \$		
Importe Otros Tributos: \$		0,00
Importe Total: \$		



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 69207814015456

Fecha de Vto. de CAE: 24/05/2019

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



272061973370110000369207814015456201905241



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 - CABA
Tel. (011) 4011 -5100

ORIGINAL								
Datos del prestador				C COD. 011	FACTURA			
Razón Social:				Punto de Venta: 00003 Comp. Nro: 00000118				
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/04/2019				
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				CUIT:				
				Ingresos Brutos:				
				Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2017				
Período Facturado Desde: 01/03/2019		Hasta: 31/03/2019		Fecha de Vto. para el pago:				
CUIT: 30657677716		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS						
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Moreno 2969 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires						
Condición de venta:								
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal	

Nombre y apellido del beneficiario
DNI del beneficiario
Mes/Año de prestación
Tipo de prestación (Escuela, CET, entre otros)
Jornada (simple o doble)
Categoría
Dependencia si corresponde (En caso de EGB se factura aparte)

Subtotal: \$	
Importe Otros Tributos: \$	0,00
Importe Total: \$	



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 69207814015456

Fecha de Vto. de CAE: 24/05/2019

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



272061973370110000369207814015456201905241



OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6
Moreno 3037 - CABA
Tel. (011) 4011 -5100

NOMBRE DEL AFILIADO:		D.N.I.:		
NOMBRE DEL PRESTADOR:		TELEFONO:		
PRESTACIÓN:		DOMICILIO:		
MES DE PRESTACIÓN:		ADJUNTO A FACTURA N°:		
FECHA	DESCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN	FIRMA CONFORMIDAD DE INSTITUTO	FIRMA DEL PADRE O TUTOR	OBSERVACIONES:
ACLARACIÓN DE FIRMA (Padre/Madre/tutor):				
D.N.I. N°:				
TIPO DE PARENTESCO:				