



O.S.C.T.C.P.
Obra Social Conductores de Transporte Colectivo de Pasajeros
R.N.O.S. 1-21606 Moreno 3053 – C.A.B.A.
☎ (011) 4011-5100

REQUISITOS PARA FACTURACIÓN - ÁREA DISCAPACIDAD - AÑO 2019
HOSP. DE DIA - CTRO DE DIA – CET - EGB-FORM. LABORAL - TRANSPORTE – APOYO A LA INT
ESCOLAR – INTERNACIÓN EN COMUNIDAD TERAPEÚTICA

Antes de presentar facturas la(s) prestación(es) deben estar previamente autorizadas por el sector de Discapacidad (Trámites Oficiales) .

- **Prestadores nuevos:** deben presentar el formulario de alta completo para poder comenzar a facturar. Junto con el formulario de alta se deberá adjuntar constancia de CBU emitida por entidad bancaria donde figuren los datos del titular de la cuenta, con firma y sello de autoridad competente del banco; fotocopia de factura con la que trabaje donde se pueda visualizar el CAE o CAI; Inscripción en AFIP. La cuenta bancaria debe pertenecer indefectiblemente a la persona que figure en el alta y quien le brindase la prestación.
- Presentar la facturación a mes vencido del 1 al 10 de cada período.
- **No se aceptará en las facturas:**
 - Distintos beneficiarios
 - Prestaciones correspondientes a distintos períodos (mes/año)
 - Que el número de CUIT no coincida con el que figura en la autorización
 - Que difiera la condición ante el IVA entre el comprobante y la constancia de inscripción presentada y/o su verificación en www.afip.gov.ar
 - Facturas tachadas, con liquid paper, borradas, manchadas, con distintas tintas, con letra ilegible
 - Facturas con condiciones de pagos
- **IMPORTANTE: Toda enmienda debe ser salvada con sello y firma del responsable legal**
- Los **monotributistas** deberán presentar **factura C**, **Responsables Inscriptos** deberán emitir **factura B** emitiendo factura/recibo. **No se aceptarán facturas proforma ni facturas electrónicas corregidas a mano.**
- El detalle de la factura debe contar indefectiblemente con los siguientes datos: Fecha de emisión (posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario); Nombre, apellido y DNI del beneficiario causante; período facturado (puntualizando mes y año); prestación brindada (según autorización); indicar tipo de jornada o cantidad de sesiones, detallando valor individual y total. En el caso de transportes deberá incluir lugar de partida y llegada (calle y numeración), cantidad de viajes por día y por mes, km diarios y mensuales realizados con el valor individual y total.

IMPORTANTE: SÓLO SE ACEPTARÁN FACTURAS CON TODOS LOS DATOS REQUERIDOS Y CON IMPORTES QUE COINCIDAN CON LO PRESUPUESTADO, CASO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A LA IMPUGNACIÓN

Planilla de asistencia y/o constancia adjunta por modalidad:

1. Atención ambulatoria (kinesiología, maestra de apoyo, terapia ocupacional, fonoaudiología, estimulación temprana , etc.)

El profesional deberá presentar planilla de asistencia original especificando sesiones mensuales brindadas y fecha de realización. Las mismas deberán estar avaladas por padre/madre o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y DNI sin excepción.

El detalle de cada terapia deberá estar acreditado mediante firma y sello del profesional interviniente y no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución.

2. 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 padre/madre o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y DNI. El detalle de la terapia deberá estar avalado mediante firma y sello del profesional interviniente y 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).**

3. Apoyo a la Integración Escolar (valor módulo):

La institución o el profesional deberán 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 padre/madre 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.

4. Hospital de día, Centro de día, Centro Educativo Terapéutico y Prestaciones Educativas como Nivel Inicial, EGB, Formación Laboral:

La institución deberá presentar la constancia original de asistencia y/o constancia de alumno regular mensual, suscripta por el Director o Representante Legal, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI de padre/madre 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 padre/madre 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.

5. 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 asistencia, suscripta por el Director o Representante Legal, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI de padre/madre o tutor del asistido.

6. Alimentación:

En caso de las prestaciones autorizadas con comedor deben facturar aparte de la prestación principal, indicando cantidad de días y su valor unitario.

7. Transportes:

Se debe adjuntar planilla de asistencia especificando las fechas de traslados efectuados avalados con firma del padre, madre o tutor y aclaración, DNI y tipo de parentesco del mismo. Además, en la misma debe estar firma y sello o en su defecto constancia del **lugar del traslado**.

Nota: en caso que el servicio de transporte pertenezca a la misma institución a la que concurre el beneficiario, **se deberá presentar una constancia distinta** además de la de concurrencia a la modalidad institucional.

- De acuerdo a lo establecido en el pto 2.3.3. de la Res. 1511/12 M.S. , dicha prestación “comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa

Por lo tanto:

- No se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino indicando en la documentación respaldatoria de la autorización.
 - La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto sino que comprende sólo los viajes realizados. La autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.
 - No se abonarán los km autorizados que no hayan sido realizados (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones educativas).
- En el caso de prestaciones por drogodependencia deberán adjuntar un informe de evolución mensual. En la factura se debe aclarar los días facturados.

IMPORTANTE: la ausencia de la planilla de asistencia debidamente firmada, de informe de evolución mensual o detalle de factura incompleto implicará la **impugnación de la factura indefectiblemente**, hasta tanto se reciba la misma.

• **Ajustes de facturación – Débitos:**

Las facturas que sean objeto de **débito total (impugnación) no serán devueltas** a la institución, profesional o prestador, sin excepción.

- **Facturar a nombre de OSCTCP** (Obra Social Conductores Transporte Colectivo de Pasajeros), CUIT N° 30-65767771-6 / IVA EXENTO. Presentar la factura en Moreno 2969, CP 1209 en el horario de 09 a 16:30 hs.

- **IMPORTANTE:** los proveedores que brinden CET, EGB primaria e inicial, Centro de Día, Formación laboral y Hogar deben detallar en la factura la categoría de la Institución sin excepción.

- 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.

- En el caso de que **se publiquen cambios de resoluciones en el Boletín Oficial**, sólo será necesario **presentar presupuestos** en la Oficina de Trámites Oficiales para las siguientes prestaciones : **Prestación de apoyo, Tratamiento simple o intensivo**, conformados por prestadores individuales y **Escuela (jornada reducida)**

- 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, apoyo a la integración escolar, EGB, formación laboral, tratamiento integral simple o intensivo, 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 deberá informar y enviar documentación al sector de **“TRÁMITES OFICIALES”** en los siguientes casos:
 - o El cambio de domicilio del prestador
 - o Cambio de nombre del prestador

- o Cualquier cambio que modifique la razón social
- o Por abandono de tratamiento o baja de prestación

IMPORTANTE: Asimismo le informamos que toda facturación que se presente en la Obra Social será ingresada con un sello, dejando constancia que su recepción no implica conformidad, quedando sujeta esta documentación a revisión, verificación y aprobación.

Para consultas sobre facturación comunicarse al teléfono (011) 4011-5100 interno 148 o enviar mail a controlfdiscapacidad@uta.org.ar y por pagos al (011) 4011-6100 interno 134

Control de Facturación – Discapacidad
OSCTCP



Obra Social Conductores de Transporte Colectivo de Pasajeros
R.N.O.S. 1-2160 MORENO 3053 (1209) C.A.B.A.
TEL.: (011) 4011-5100

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE ASISTENCIAS 2018

NOMBRE DEL AFILIADO:			D.N.I.:		
NOMBRE DEL PRESTADOR:			TELÉFONO:		
PRESTACIÓN:			DOMICILIO:		
MES DE PRESTACIÓN:			ADJUNTO A FACTURA Nº:		
FECHA	DESCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN	FIRMA Y SELLO CONFORMIDAD DE INSTITUTO	FIRMA DEL PADRE O TUTOR	OBSERVACIONES:	
ACLARACIÓN DE FIRMA (Padre/Madre/tutor):					
D.N.I. Nº:					
TIPO DE PARENTESCO:					

Modelo 1

Denominación social		FACTURA	
Telefono		N° 000	
Mail		Fecha	
Domicilio		C.U.I.T.:	
Señor (es): Obra Social Conductores Transp. Colectivo de Pasajeros			
Calle: Moreno 2969 CP 1209		C.A.B.A.	
IVA Exento		C.U.I.T.: 30-65767771-6	
DETALLE		IMPORTE	
Traslado de _____ DNI N° _____ Periodo _____ Desde __ (dirección exacta) __ Hasta __ (dirección exacta) ____ Cant. de viajes <u>por día</u> y por mes Cant. de días _____ Km mensual _____ Km diario _____ Valor del Km _____ 35 % dependencia SI o NO (marque según corresponda)			
Importe total detallado de manera legible en letras y números		TOTAL \$	

Modelo 2				FACTURA N° 000000				
Denominación Social		Teléfono		Fecha: <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Mail		Dirección		C.U.I.T.:				
Señor/es: O.S.C.T.C.P.								
Domicilio: Moreno 2969 CP (1209)								
Localidad: C.A.B.A								
IVA:	Resp. Insc. ☐ No Resp. ☐	Resp. no Insc. ☐ Exento ☐	Monotributo ☐ Cons. Final ☐	C.U.I.T. 30-65767771-6				
			Cta Cte ☐					
CANT.	DETALLE			P. UNIT.	IMPORTE			
	Ajuste (o diferencia) según Resolución N° _____ Correspondiente a Factura N° _____ Mes y año Nombre completo del Afiliado N° de DNI Tipo de prestación (x ej: Transporte, EGB, Centro de Día, Hogar, Internación en Comunidad, etc) Categoría							
Detallar importe en números y letras de manera legible					Total \$			

Modelo 3

Razón Social		FACTURA	
Telefono		N° 000	
Mail		Fecha	
Domicilio		C.U.I.T.: Ing. Brutos: Inicio de Actividades:	
Señor (es): Obra Social Conductores Transporte Colectivo de Pasajeros O.S.C.T.C.P.			
Calle: Moreno 2969 CP 1209		Localidad:	
I.V.A.	IVA Exento	C.U.I.T.: 30-65767771-6	
Condiciones de Venta:			
CANT.	DETALLE		IMPORTE
	Indicar nombre completo del Beneficiario N° de DNI Período facturado (aclarar mes y año) Cantidad de sesiones realizadas Tipo de Prestación, (x ej: Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, etc) Valor por sesión/horas N° de Resolución Módulo maestro de apoyo: detallar cantidad de hs. brindadas		
Indicar importe total en letras y números de manera legible		TOTAL	\$

Modelo 4

Denominación social		FACTURA	
Telefono		N° 000	
Mail		Fecha	
Domicilio		C.U.I.T.:	
Señor (es): Obra Social Conductores Transp. Colectivo de Pasajeros			
Calle: Moreno 2969 CP 1209		C.A.B.A.	
I.V.A.	IVA Exento ☐ No Resg. IVA ☐ Resp. Monot. ☐ Monot. Social ☐ Cons. Final ☐	C.U.I.T.: 30-65767771-6	
Condiciones de Venta:			
CANT.	DETALLE		IMPORTE
	Indicar nombre completo del beneficiario DNI N° Periodo facturado (aclarar mes y año) Tipo de prestación: (Ej: EGB, CTRO DE DIA, FORMACIÓN LABORAL, CET, HOGAR, etc.) Jornada: (aclarar si es DOBLE, SIMPLE, o REDUCIDA) Dependencia: (aclarar si corresponde) Resolución N° Categoría		
Indicar importe total en letras y números de manera legible		TOTAL	\$