



OSCTCP
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 DE DISCAPACIDAD - AÑO 2019
REMISES Y TRANSPORTES

- **Antes de presentar facturas la(s) prestación(es) deben estar autorizadas por el sector de Discapacidad (Trámites Oficiales).**
- **Prestadores nuevos:** deben presentar el formulario de alta de prestador completo para poder comenzar a facturar. Junto con el formulario 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 mes, deberá ser mensual.
- No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuados ante la falta de constancia de realización de cualquier tipo de traslado (por ejemplo: conformidad por 8 traslados sobre 16 facturados/autorizados).
- **No se aceptará en las facturas:**
 - Distintos beneficiarios
 - Prestaciones correspondientes a distintos períodos (mes/año)
 - Enmiendas ni cambios de tinta sin salvar con firma y sello o aclaración ni tachadas ni con liquid paper ni facturas electrónicas salvadas
 - 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
 - No debe plasmarse condiciones de pago en la factura
 - **IMPORTANTE:** Toda enmienda debe ser salvada con sello y firma del responsable legal

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 (indicar mes y año); prestación brindada (según autorización). Indicar lugar de partida y llegada (detallando calle, numeración y localidad), cantidad de viajes realizados por día y por mes, cantidad de km. realizados diarios y mensuales, valor del km, valor total de km realizados. Si al beneficiario le corresponde dependencia deberán detallarlo en la factura junto al N° de Resolución vigente.

En caso de realizar más de un traslado, facturarlos por separado.

IMPORTANTE: SÓLO SE ACEPTARÁN FACTURAS CON IMPORTES QUE COINCIDAN CON LO PRESUPUESTADO, CASO CONTRARIO SE PROCEDERÁ A LA IMPUGNACIÓN

- **Planilla de asistencia y/o constancia:**

La misma debe tener detallado la/s fecha/s de concurrencia avaladas por firma de padre, madre o tutor con su respectiva aclaración, parentesco y DNI. Asimismo, debe tener firma y sello de establecimiento/prestador a donde se efectúa el traslado. O en su defecto, la constancia.

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 punto 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).

- **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, C.P.1209- Mesa de entrada en el horario de 09 a 16:30 hs.

- Presentar una nota 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 a la oficina de Trámites Oficiales.

- Se adjunta modelo de factura **sólo a modo de ejemplo**, no se puede fotocopiar ni completar sobre el mismo.

- Se deberá informar y enviar documentación al sector de **"TRÁMITES OFICIALES"** en los siguientes casos:

- Cambio de domicilio del prestador
- Cambio de nombre del prestador
- Cualquier cambio que modifique la razón social
- Baja de prestador o abandono de prestación por parte del afiliado

IMPORTANTE: 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. Toda factura que no cuente con los datos mencionados en éste instructivo quedará pendiente de auditoría hasta tanto el prestador se acerque a completar los datos faltantes. En dichos casos se los llamará para completar los datos y tendrán un plazo de 10 (diez) días corridos para solucionarlo. Caso contrario la factura será impugnada y deberán refacturar correctamente.

Forma de pago: con cheque a nombre de la razón social, tal cual figura inscripto ante la AFIP con la leyenda - **NO A LA ORDEN** - por lo que todos los prestadores deberán contar con una cuenta bancaria (caja de ahorro y/o cuenta corriente).

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

Modelo 2

Denominación Social		FACTURA N° 000000	
Teléfono		Fecha: <input type="text"/>	
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:	Exento <input type="checkbox"/>		C.U.I.T. 30-65767771-6
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 (válido para CET, EGB, inicial, formación laboral, Centro de día, Hogar)		
Detallar importe en números y letras de manera legible			Total \$

Modelo 1

Denominación social Telefono Mail Domicilio	<div style="text-align: right;"> FACTURA N° 000 Fecha <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> C.U.I.T.: </div>
Señor (es): Obra Social Conductores Transp. Colectivo de Pasajeros	
Calle: Moreno 2969 CP 1209 C.A.B.A.	
IVA Exento <input type="checkbox"/>	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 y por mes</u> _____ 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	\$