



**REQUISITOS EXIGIDOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD QUE DEBEN PRESENTAR LOS PRESTADORES.-**

SI ES NUEVO PRESTADOR:

- **1.-** CURRICULUM VITAE C/ FOTOCOPIA DEL TITULO Y ANALITICO. PARA DICHA PRESTACION DEBEN SER MAESTRAS EPECIALES O PSICOPEDAGOGAS.
- **2.-** INSCRIPCION Y CONDICION FISCAL FRENTE A AFIP. EN CASO DE SER EXENTO EN EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS PRESENTAR CERTIFICADO DE EXENCION RG SEGÚN RESOLUCION GENERAL VIGENTE NRO. 2681 POR EL PERIODO ACTUAL
- **3.-** POLIZA DE SEGURO DE MALA PRAXIS RESPONSABILIDAD CIVIL
- **4.-** INGRESOS BRUTOS – CONSTANCIA DE INSCRIPCION Y/O EXENCION. (EXCLUYENTE)
- **5** PRESUPUESTO PRESTACIONAL.
- **6** PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL EN CARÁCTER DE DDJJ POR CADA PRESTACION. DEBERA ESTAR FIRMADA POR EL PRESTADOR Y EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO.
- **7.-** CONSTANCIA DE CBU EXPEDIDO POR EL BANCO CORRESPONDIENTE

SI YA ES PRESTADOR PARA AFILIADOS ADOS:

Debe presentar solo documentación con fechas vencidas

Enviar al mail: nolmos@adoscomodoro.org.ar



297-5362884



PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Lugar y Fecha de Emisión _____

Datos del Prestador:

Razón Social / Prestador: _____

Domicilio **Real** de Atención: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

CUIT: _____

Datos del Afiliado:

Nombre y Apellido Beneficiario: _____

DNI: _____

CUIL Beneficiario: _____

Datos de la Prestación:

Prestación / Especialidad : _____

Período: Año _____ Desde: _____ Hasta: _____

Cantidad Sesiones/Hs.	Monto Sesión/ Hs. (\$)	Monto Mensual (\$)

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
DESDE					
HASTA					

Firma Prestador

Aclaración y Sello

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are approximately 20 lines visible, starting from the top edge and ending near the bottom edge. The lines are thin and black. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.



This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical margin lines, text, or other markings on the page.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

INFORME SEMESTRAL

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

DATOS DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO:

CUIL BENEFICIARIO:

F.NAC:

DATOS DE LA PRESTACIÓN:

PRESTACIÓN / ESPECIALIDAD:

PERÍODO:

AÑO: 2024

DESDE:

HASTA:

1-INFORME DE EVALUACIÓN:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL



ACTUALIZACION DE DATOS

<i>APELLIDO Y NOMBRE</i>	
<i>DNI</i>	
<i>N° CUIL/CUIT</i>	
<i>CELULAR</i>	
<i>EMAIL</i>	
<i>DOMICILIO ACTUAL</i>	
<i>LOCALIDAD</i>	
<i>ESPECIALIDAD</i>	
<i>AFILIADOS (Llenado por la o.s)</i>	

<i>Periodo prestacional (Llenado por la o.s)</i>	
---	--



PLANILLA DE ASISTENCIA ESCOLAR

Apellido y Nombre:	
N° afiliado	Mes de prestación:
Nombre del profesional:	

MARCAR CON X DIAS QUE CORRESPONDE

Lunes.....Martes.....Miercoles.....Jueves.....Viernes.....

<u>Día</u>	<u>Entrada</u>	<u>Salida</u>	<u>Firma de Profesional</u>
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			

(Los numeros en la fila de Dia, corresponden a dia/fecha calendario)

Firma y sello del Directivo de la Escuela

ACUERDO ESCOLAR

En el día de la fecha, en la ciudad de se establece el presente acuerdo entre la Escuela con domicilio sito en representada por (Director) el alumno con DNI representado por y la Acompañante Terapéutica / Maestra de Apoyo / Equipo de Apoyo a la Integración Escolar representado por para llevar a cabo la integración escolar del alumno/a en el año..... Sala/Grado/Año..... Turno..... en los días y horarios
Período.....

La Institución Educativa y el /la Maestra de Apoyo - Acompañante Terap. / Equipo de AIE se comprometen a:

- ✓ Atender al alumno según las necesidades vinculadas a su educación.
- ✓ Elaborar en forma conjunta el Plan de Adaptación Curricular.
- ✓ Acordar criterios de evaluación, calificación y acreditación teniendo en cuenta las normas emanadas del Ministerio de Educación.
- ✓ Realizar la evaluación media y final en forma interdisciplinaria.

La familia se compromete a :

- ✓ Ser un acompañante activo del proceso de aprendizaje.
- ✓ Compartir el seguimiento del proceso de Integración y promoción.
- ✓ Cumplir con los tratamientos y controles médicos solicitados.
- ✓ Hacer que el alumno mantenga una asistencia regular y cumpla con los turnos dados para la atención específica de sus necesidades y que condicionan su permanencia en el proyecto de integración.

Firma y Sello de la Directora de la Escuela donde se realizará la integración:

Aclaración:

Firma del Padre/Madre/ o Tutor:

Aclaración:

Firma y Sello de Acompañante Terap./ Maestra/o / Equipo de AIE:

Aclaración:

DATOS A TENER EN CUENTA PARA CONFECCIONAR FACTURAS SEGÚN RESOLUCION 1743/2024

1. **CUIT ADOS**: 30-56199613-6
2. **PERIODO FACTURADO**: el periodo debe ser el trabajado ej: 01-X-2024 al 31-X-2024
3. **CONDICIÓN FRENTE A IVA**: IVA sujeto exento
4. **CONDICIÓN DE VENTA**: Otra
5. **FECHA DE VENCIMIENTO PARA EL PAGO**: Según convenio a 30, 45 o 60 días desde fecha de factura
6. **DETALLE**: Nombre del beneficiario, D.N.I, mes de la prestacion, prestacion otorgada, CON LEYENDA: adicional 20% por zona desfavorable, (o adicional 35% por dependencia si corresponde).

Por alguna razon particular del prestador solo se dara aceptacion de la documentacion ingresada HASTA 2 MESES ANTERIORES al mes de la prestacion en curso y la documentacion que no se ajuste a este criterio se debitara de forma total ya que en los contratos se expresa que la facturacion debe presentarse del 1 al 10 del mes siguiente de efectuada la prestacion.

INSTRUCTIVO ENTREGA DE FACTURAS POR DISCAPACIDAD

PRESTADOR

1. FACTURAS POR TRIPLICADO LA TERCERA ES PARA EL PRESTADOR, SE SELLA CON RECEPCION
2. PLANILLA DE PRESENTISMO :
FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR/DIRECTOR
FIRMA DE LA MADRE/ PADRE /TUTOR, CON LA ACLARACION.
Deben ser confeccionadas legibles, con fecha, mes de prestacion, dias y horarios pactados en los cronogramas del presupuesto presentados a la Obra Social.
3. INFORME SEMESTRAL (se presentan en Julio con facturacion de Junio y en Enero con facturacion de Diciembre)

LAS FACTURAS TIENEN QUE SER "B" O "C" PORQUE NOSOTROS SOMOS EXENTOS.

IMPORTANTE PARA FACTURAR:

- La planilla de asistencia debe ser anexada en original a la factura que mensualmente se emita.
- **La facturación deberá ser presentada del 1 al 10 de cada mes.**
- **En caso de no poder presentar la factura** mensual en tiempo y forma, y ante cualquier eventualidad que surja, **el motivo tendrá que ser justificado en forma escrita.**
- **Los días de atención brindada deben coincidir sin excepción con el cronograma del presupuesto** presentado. **PARA EVITAR DEBITOS. FERIADOS NACIONALES NO SE RECONOCEN.**
- **Serán debitadas las sesiones / horas que excedan los pedidos médicos prescritos por el profesional especialista.**
- **Se debe adjuntar 1 planilla de asistencia por cada mes. En el formato de la planilla los números del día corresponden al día calendario**

ORIGINAL

C

COD. 911

FACTURA

Razón Social: NOMBRE PRESTADOR

Domicilio Comercial: DOMICILIO REAL

Condición frente al IVA: Responsable Monotributo

Punto de Venta: 00003 Comp. Nro: 00000001

Fecha de Emisión: 1 AL 10 MENSUAL

CUIT: CUIT PRESTADOR

Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades:

Período Facturado Desde: 01/X/2025 Hasta: 31/X/2025 Fecha de Vto. para el pago: x

CUIT: 30561996136 Apellido y Nombre / Razón Social: ADOS COMODORO RIVADAVIA

Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento Domicilio: Hipolito Yrigoyen 387 Com. Riv. Chubut

Condición de venta: Otra

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
1	NOMBRE DEL AFILIADO D.N.I MES DE LA PRESTACION PRESTACION OTORGADA ADICIONAL 20% POR ZONA DESFAVORABLE	UNIDAD (SI ES MODULO) HS (SI ES PRESTACION) KM (SI ES TRANSPORTE)	VALOR ACTUAL			0,00	

Subtotal: \$

Importe Otros Tributos: \$

Importe Total: \$



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°:
Fecha de Vto. de CAE: