



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

- **1.-** 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
- **2.-** POLIZA DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL
- **3.-** INGRESOS BRUTOS – CONSTANCIA DE INSCRIPCION Y/O EXENCION.
- (EXCLUYENTE)

Consultas al:

Email: nolmos@adoscomodoro.org.ar

Whatsapp  297-5362884

PRESUPUESTO DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

Lugar y Fecha de Emisión _____

Datos del Afiliado:

Nombre y Apellido Beneficiario: _____

CUIL Beneficiario: _____

Datos de la Prestación:

Prestación / Especialidad : _____

Período: Año _____ Desde: _____ Hasta: _____

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

Datos del Prestador:

Razón Social / Prestador: _____

Domicilio **Real** de Atención: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

CUIT: _____ Ingresos Brutos: _____

Condición frente al IVA: _____

Cheque a la Orden de: _____

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
DESDE					
HASTA					

Firma Prestador

Aclaración y Sello



PLANILLA DE ASISTENCIA

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>	<u>Firma del Padre/Madre/Tutor</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)



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>	
---	--

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 prestación, prestación 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 prescriptos 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. 011

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: