



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

**SI ES NUEVO PRESTADOR:**

- **1.- CURRICULUM VITAE ACTUALIZADO Y FOTOCOPIA DEL TITULO.-**
- **2.-CERTIFICADO ACTUALIZADO DEL NRO. DE REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES EN LA SUPERINTENDENCIA DE SERV. DE SALUD**
- **3.- 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.**
- **4.- MATRICULA PROVINCIAL VIGENTE.**
- **5.- POLIZA DE SEGURO DE MALA PRAXIS RESPONSABILIDAD CIVIL VIGENTE**
- **6.- INGRESOS BRUTOS – CONSTANCIA DE INSCRIPCION Y/O EXENCION.**
- **( EXCLUYENTE )**
- **7.- CONSTANCIA DE CBU EXPEDIDO POR EL BANCO CORRESPONDIENTE**

**SI YA ES PRESTADOR PARA AFILIADOS ADOS:**

**Debe presentar solo documentación con fechas vencidas**

Consultas al:

Email: [nolmos@adoscomodoro.org.ar](mailto:nolmos@adoscomodoro.org.ar)

Whatsapp  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 (\$)

Los valores se ajustaran a las Resoluciones de la Superintendencia de Servicios de Salud

HORARIO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
DESDE					
HASTA					

\_\_\_\_\_  
**Firma Prestador**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración y Sello**











**PLANILLA DE ASISTENCIA**

<b>Apellido y Nombre:</b>	
<b>N° afiliado</b>	<b>Mes de prestación:</b>
<b>Nombre del profesional:</b>	

**MARCAR CON X DIAS QUE CORRESPONDE**

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

<u>Día</u>	<u>Entrada</u>	<u>Salida</u>	<u>Firma y sello 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 )

## **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: