

## REQUISITOS PRESTADORES

### Mecanismos de integración

Para la correcta gestión del trámite, complete la siguiente información:

- 1.- curriculum vitae actualizado y fotocopia del título.
- 2.- certificado actualizado del nro. de registro nacional de prestadores en la superintendencia de servicios de la salud
- 3.- inscripción y condición fiscal frente a afip. en caso de ser exento en el impuesto a las ganancias presentar certificado de exención rg según resolución general vigente nro. 2681 por el período actual.
- 4.- matrícula provincial vigente.
- 5.- póliza de seguro de mala praxis responsabilidad civil vigente
- 6.- ingresos brutos – constancia de inscripción y/o exención.  
( excluyente )
- 7.- constancia de cbu expedido por el banco correspondiente

Si ya es prestador para afiliados de ADOS:

Debe presentar solo documentación con fechas vencidas

Consultas al:

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

Whatsapp 297-5362884

## PLANILLA DE DATOS DEL PRESTADOR

### Mecanismos de integración

Para la correcta gestión del trámite, complete la siguiente información:

Nombre y apellido	
D.N.I.	
N° CUIL / CUIT	
Celular	
Email	
Domicilio actual	
Localidad	
Especialidad	
Afiliado	
Período prestacional	

## FACTURACIÓN – INSTRUCTIVO

### Mecanismos de integración

#### Datos a tener en cuenta para confeccionar facturas según resolución 1743/2024

- 1** - CUIT ADOS: 30-56199613-6
- 2** - Periodo facturado: el periodo debe ser el trabajado
- 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 razón particular del prestador solo se dará aceptación de la documentación ingresada hasta dos meses anteriores al mes de la prestación en curso y la documentación que no se ajuste a este criterio se debitará de forma total ya que en los contratos se expresa que la facturación debe presentarse del 1 al 10 del mes siguiente de efectuada la prestación.*

## Instructivo entrega de facturas por discapacidad

### Prestador:

**1** - Facturas por triplicado la tercera es para el prestador, se sella con recepción

**2** - Planilla de presentismo:

Firma y sello del prestador/director

Firma de la madre/ padre /tutor, con la aclaración.

Deben ser confeccionadas legibles, con fecha, mes de prestación, días y horarios pactados en los cronogramas del presupuesto presentados a la Obra Social.

**3** - Informe semestral (se presentan en Julio con facturación de Junio y en Enero con facturación de Diciembre)

*Las facturas tienen que ser "B" ó "C" porque 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**

## PRESUPUESTO PRESTACIONAL

### Mecanismos de integración

Complete la presente planilla para la solicitud y evaluación del presupuesto correspondiente a la prestación.

#### 1. Datos del prestador

Apellido y nombre	
DNI	
CUIL	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

#### 1. Datos del prestador

Apellido y nombre	
DNI	
Número de afiliado	
Correo electrónico	











## PLANILLA DE ASISTENCIA

### Mecanismos de integración

Para la correcta gestión del trámite, complete la siguiente información:

Nombre y apellido	
Nº de afiliado	
Mes de prestación	
Nombre del profesional	

Marcar con X los días que corresponde

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

**PLANILLA DE ASISTENCIA**

	Día	Entrada	Salida	Firma prof.	Sello prof.	Firma pmt.
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						