



O.S.C.T.C.P.

# Instructivo de Facturación

Discapacidad





## **Objetivo**

El presente instructivo tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar la facturación de las prestaciones fehacientemente autorizadas por solicitud de prestaciones de Sistema Básico de Discapacidad.

## **Procedimiento correspondiente al circuito de Facturación de las prestaciones autorizadas**

### **Lineamientos generales:**

- Únicamente será recepcionada la facturación correspondiente a prestaciones fehacientemente autorizadas por la O.S.C.T.C.P.
- El prestador se encuentra obligado a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP vigentes.
- A los efectos de evitar inconvenientes en la liquidación y demoras en el circuito de pagos, la facturación debe ser presentada en Moreno 2969, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1209, sector Mesa de Entrada de lunes a viernes
- Los prestadores deben presentar las facturas correspondientes cada mes, a fin de que las mismas puedan ser presentadas a la Superintendencia de Servicios de Salud para su aprobación y subsidio. Asimismo, se notifica que en la SSS solo se podrá incluir facturación de períodos de cobertura de hasta 2 meses anteriores a su presentación
- La facturación debe presentarse entre los días 1 y 10 de cada mes vencido. No se aceptará la facturación de servicios por adelantado
- Las facturas deben ser una por cada beneficiario y por cada período (mes/año)
- Las facturas deben ser una por cada prestación autorizada
- Al momento del pago por parte de la O.S.C.T.C.P. , el prestador deberá entregar un recibo original tipo X por cada factura

### **No se aceptarán en las facturas:**

- Distintos beneficiarios
- Prestaciones correspondientes a distintos períodos (mes/año)
- Enmiendas, tachaduras, corregidas con Liquid Paper, cambios de tinta, escritas
- Que el CUIT no coincida con el que figura en la autorización
- No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales efectuadas ante la falta de constancia de realización de cualquier tipo de tratamiento. Por ejemplo: conformidad por 4 sesiones sobre 8 autorizadas

### **Documentación requerida para facturar:**

Se recuerda la documentación requerida actualmente para facturar las prestaciones autorizadas en concepto de prestaciones brindadas por discapacidad conforme las disposiciones impositivas.

La facturación debe ser original y adjunta la planilla de asistencia y/o constancia.

Las mismas deben venir abrochadas. No deben estar sueltas ni con clips, nepacos, gancho mariposa, etc.

La documentación debe ser acompañada por la impresión de la consulta de la "Constancia de Inscripción" en [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar) emitida el día de confección del comprobante a los efectos de verificar impuestos activos, de no presentar dicha constancia, se realizará la verificación al momento de su liquidación.

### **Comprobante contable:**

## OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 - 5100



- Original de factura "TIPO B" con CAI vigente
- Original de factura "TIPO C" con CAI vigente
- Original de Recibo "TIPO C"

### **Las Facturas y Recibos deberán contener:**

- En el encabezado de la factura:
  1. Fecha de emisión posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario
  2. Estar extendido a nombre de **OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS**, domicilio Moreno 2969, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CP 1209
  3. Poseer indefectiblemente y correctamente número de CUIT **30-65767771-6**, condición I.V.A. **exento**.
- En la descripción o cuerpo de la factura y/o recibo:
  1. Nombre, apellido y DNI del beneficiario. El cual debe coincidir con el indicado en la autorización
  2. Período facturado (mes/año)
  3. Prestación brindada según la autorización
  4. En las instituciones debe figurar tipo de **jornada y categoría**
  5. En caso de corresponder dependencia debe estar detallada por separado
  6. En caso de especialidades como prestaciones de apoyo debe detallar cantidad de sesiones mensuales y el valor por sesión
  7. En caso de los transportes debe detallar domicilio de partida y llegada; indicar si es con dependencia; viajes diarios; viajes mensuales; km diarios; km mensuales; valor del km; monto mensual de la prestación brindada

### **Recibo X para cancelar el pago recibido debe contener:**

- Fecha de emisión (posterior a la fecha de emisión del talonario)
- Estar extendido a nombre de O.S.C.T.C.P.
- Domicilio Moreno 2969, CP 1209, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- CUIT 30-65767771-6
- Número completo de factura que cancela
- Importe de la misma
- Importe total
- Mes y año
- En el caso de que el recibo cancele más de una factura, deberá contener indefectiblemente el número de las facturas con sus correspondientes importes
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas
- Detalle del pago por transferencia y fecha de transferencia
- Firma y aclaración del prestador o su representante

**Importante:** los recibos no podrán cancelar facturas correspondientes a distintos años de prestación.

### **Ingreso de prestadores por primera vez:**

- Planilla de Alta completa
- 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.

#### **Planilla de Asistencia:**

Las constancias conforman la documentación avaladora de la liquidación que se presenta, por lo tanto debe remitir una constancia por comprobante en original.

#### **En general:**

- Nombre y apellido del prestador
- Nombre y apellido del beneficiario atendido con su DNI. El mismo debe concordar con el indicado en la autorización
- Período al que corresponde (mes/año)
- Prestación y modalidad
- Firma, aclaración, parentesco y DNI de un familiar o responsable del beneficiario atendido en original que certifique que la prestación ha sido brindada

#### **Por modalidad:**

- En el caso de los **profesionales**: deben presentar original del detalle de las sesiones mensuales brindadas, indicando fecha de realización. Cada sesión debe estar avalada por un familiar o responsable del asistido con firma, aclaración, parentesco y DNI. A su vez, cada terapia deberá estar respaldada por firma y sello del profesional
- En el caso de **maestra de apoyo**: el profesional deberá presentar original del detalle de las horas/sesiones mensuales brindadas, indicando la fecha de realización. Cada sesión deberá estar avalada por familiar o tutor del asistido con firma, aclaración, vínculo y DNI. El detalle de la terapia deberá estar respaldada mediante firma y sello del profesional interviniente y no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución. No se abonarán las horas/sesiones autorizadas que no hayan sido realizadas (esto incluye el período de receso escolar de las instituciones educativas)
- En el caso de **Apoyo a la Integración**: La institución deberá presentar la constancia original de asistencia, dejando asentada la cantidad total de horas mensuales, a los efectos de avalar la carga horaria presupuestada. Además, deberá estar garantizada con la firma, aclaración, parentesco y DNI del familiar o tutor del asistido. También, mediante firma y sello del profesional interviniente y no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución. La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, razón por la cual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada.
- En el caso de **Instituciones y/o centros**: La institución deberá presentar la constancia original de asistencia y/o constancia de alumno regular mensual, suscripto por el Director o Representante Legal, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI de familiar o tutor del asistido. Sólo para estas modalidades, se reconocerá un período de hasta 60 días corridos de inasistencia POR ENFERMEDAD cuando se encuentre debidamente justificado con Certificado Médico y constancia firmada por un familiar o tutor del asistido (RESERVA DE VACANTE). Si se tratara de una modalidad educativa (EGB, EDUCACIÓN INICIAL o FORMACIÓN LABORAL), y a los efectos de dar curso a la facturación en concepto de Matrícula, la institución deberá presentar una constancia con los mismos datos mencionados anteriormente, especificando que corresponde a la matrícula.
- En el caso de **Internación** (lunes a viernes, lunes a sábados, permanente), Hogar, Hogar con Centro de día, Hogar con centro educativo Terapéutico, etc.: la institución deberá presentar la constancia original de asistencia, suscripta por el Director o Representante Legal, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI del familiar o tutor del asistido.

## OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 - 5100



- En el caso de **drogodependencia**: debe adjuntarse evolutivo emitido a la O.S.C.T.C.P. con fecha de emisión posterior, detallar mes y año de prestación, informar evolución del beneficiario, tener firma y sello del profesional competente (psicólogo/psiquiatra)
- En el caso de **alimentación**: En caso de las prestaciones autorizadas con comedor deben facturar aparte de la prestación principal, indicando cantidad de días y su valor unitario. En la planilla, cada día debe estar avalada por un familiar o responsable del asistido con firma, aclaración, parentesco y DNI.
- En el caso de **transporte**: se debe presentar el detalle original indicando la institución o prestación para la cual se realiza el traslado. Cantidad de viajes realizados y días, suscripto por el representante de la empresa, y avalado con firma, aclaración, parentesco y DNI de familiar o responsable del asistido.

A tener en cuenta:

- En caso de brindarse cobertura por la prestación de transporte para la concurrencia del beneficiario a algún establecimiento educativo que, por su condición no presente facturación mensual ante el área de Discapacidad como escuela pública, deberá presentarse conjuntamente con la constancia de transporte (el mismo deberá indicar los presentes y ausentes del período facturado). Constancia de alumno regular.
- En caso de brindarse cobertura por la prestación de transporte para la concurrencia del beneficiario a tratamientos ambulatorios se deberá presentar constancia de asistencia a terapias, indicando días y horarios de asistencia, con firma y sello del profesional tratante.

### **Por consiguiente:**

- No se abonará el servicio de transporte especial utilizando con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino indicado en la documentación respaldatoria
- La autorización no implica un valor fijo mensual a abonar por este concepto, sino un compromiso como contraprestación por la realización de los viajes pautados, la autorización mensual sólo tendrá validez sobre la prestación efectivamente realizada
- No se abonarán los kilómetros que no hayan sido efectivamente realizados

### **Ajustes de facturación – Débito:**

Las facturas que sean objeto de débito, no serán devueltas a la institución, profesional o prestador, sin excepción, y se consideran contablemente canceladas con la copia del ajuste correspondiente, donde se indica el causal del débito.

En los casos en que el débito fuera total se brinda la posibilidad de refacturar según corresponda. Ello implica la presentación de una nueva factura.

### **Nota de crédito:**

Solo deben presentarse en forma independiente a la facturación en casos de débitos parciales.

### **Facturación de incrementos de valor por resolución ministerial:**

En caso de aprobarse un incremento de aranceles por Resolución Ministerial, se emitirá un ajuste por el valor complementario de la autorización inicial

Cabe aclarar que el prestador deberá presentar las facturas con el nuevo valor vigente.

En caso de tener que facturar un período complementario en forma retroactiva, no se requiere una nueva constancia de asistencia.



“Sr. Prestador: esta OBRA Social informa que en cumplimiento del marco operativo establecido por el MECANISMO DE INTEGRACION res. 276/18, la facturación por los servicios brindados deberá presentarse en Moreno 2969 – CABA (SECTOR DE MESA DE ENTRADAS) a mes vencido, en el plazo de 30 (treinta) días corridos posteriores inmediatos a la cobertura, ya que a través de dicho mecanismo no se podrá reconocer/recibir/viabilizar/recepcionar facturación con una retroactividad superior a los 30 (treinta) días corridos.”

**Importante:**

- Presentar una nota de informe, 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.

Se adjuntan 4 modelos de facturas sólo a modo de ejemplo, no se pueden fotocopiar ni completar sobre los mismos.

- **Modelo 1:** Utilizar para facturar prestaciones de transporte o remises.
- **Modelo 2:** Utilizar para facturar sólo diferencias/ajustes por cambio de resolución, para brindar las siguientes prestaciones: centro educativo terapéutico, Centro de día, hospital de día, hogar, Residencia, estimulación temprana, prestación de apoyo, apoyo a la integración escolar, EGB, formación laboral, tratamiento integral simple o intensivo, transporte o remises.
- **Modelo 3:** Utilizar para facturar prestación de apoyo, tratamiento integral simple o intensivo.
- **Modelo 4:** Utilizar para facturar centro educativo terapéutico, centro de día, hospital de día, internación en comunidad terapéutica, hogar, residencia, estimulación temprana, apoyo a la integración escolar, EGB, formación laboral.

Se adjunta también:

- Planilla de asistencia

Se deberá informar y enviar documentación al sector de “**TRÁMITES OFICIALES DISCAPACIDAD**”, en Moreno 3053, de lunes a viernes de 9 a 17 horas, en los siguientes casos:

- El cambio de domicilio del prestador
- Cambio de nombre del prestador
- Cualquier cambio que modifique la razón social
- Por abandono de tratamiento o baja de prestación

**IMPORTANTE:** Asimismo le 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.

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

OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 - 5100



ORIGINAL							
Datos del prestador				C COD. 011	FACTURA		
Razón Social:				Punto de Venta: 00003			
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/04/2019			
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				CUIT:			
				Ingresos Brutos:			
				Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2017			
Período Facturado Desde: 01/03/2019		Hasta: 31/03/2019		Fecha de Vto. para el pago:			
CUIT: 30657677716		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS					
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Moreno 2969 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta:							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal

Nombre y apellido del beneficiario  
DNI del beneficiario  
Mes y año  
Dirección de partida  
Dirección de llegada  
Viajes por día (2 viajes por día o en su defecto 1 viaje cuando es retorno o ida)  
Viajes por mes  
Km diarios  
km mensuales  
Valor del km según resolución...  
Con dependencia si corresponde siendo un 35%

Subtotal: \$		
Importe Otros Tributos: \$		0,00
Importe Total: \$		



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 69207814015456

Fecha de Vto. de CAE: 24/05/2019

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación



272061973370110000369207814015456201905241

OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 - 5100



ORIGINAL							
Datos del prestador				C COD. 011	FACTURA		
Razón Social:				Punto de Venta: 00003			
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/04/2019			
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				CUIT:			
				Ingresos Brutos:			
				Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2017			
Período Facturado Desde: 01/03/2019		Hasta: 31/03/2019		Fecha de Vto. para el pago:			
CUIT: 30657677716		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS					
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Moreno 2869 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta:							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal

Nombre y apellido del beneficiario

DNI del beneficiario

Por diferencia de la factura N°...

según resolución n°...

Del mes/año

Tipo de prestación (EGB, Cet, transporte, etc)

Categoría (en caso de escuelas y centros)

Subtotal: \$		
Importe Otros Tributos: \$		0,00
Importe Total: \$		



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 69207814015456

Fecha de Vto. de CAE: 24/05/2019

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación



272061973370110000369207814015456201905241

OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 - 5100



ORIGINAL							
Datos del prestador				FACTURA			
Razón Social:				Punto de Venta: 00003 Comp. Nro: 00000118			
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/04/2019			
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2017			
Período Facturado Desde: 01/03/2019		Hasta: 31/03/2019		Fecha de Vto. para el pago:			
CUIT: 30657677716		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS					
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Moreno 2969 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta:							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal

Nombre y apellido del beneficiario  
DNI del beneficiario  
Mes/Año de prestación  
Tipo de prestación  
Cantidad de sesiones brindadas  
Valor de sesión

Subtotal: \$	
Importe Otros Tributos: \$	0,00
Importe Total: \$	



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 69207814015456

Fecha de Vto. de CAE: 24/05/2019

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación



27206197337011000369207814015456201905241

**OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 - 5100



ORIGINAL								
<b>Datos del prestador</b>				<b>C</b> COD. 011	<b>FACTURA</b>			
Razón Social:				Punto de Venta: 00003 Comp. Nro: 00000118				
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/04/2019				
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento				CUIT:				
				Ingresos Brutos:				
				Fecha de Inicio de Actividades: 01/02/2017				
Período Facturado Desde: 01/03/2019		Hasta: 31/03/2019		Fecha de Vto. para el pago:				
CUIT: 30657677716		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS						
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Moreno 2969 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires						
Condición de venta:								
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal	

Nombre y apellido del beneficiario  
DNI del beneficiario  
Mes/Año de prestación  
Tipo de prestación (Escuela, CET, entre otros)  
Jornada (simple o doble)  
Categoría  
Dependencia si corresponde (En caso de EGB se factura aparte)

Subtotal: \$		
Importe Otros Tributos: \$		0,00
Importe Total: \$		



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 69207814015456

Fecha de Vto. de CAE: 24/05/2019

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación



272061973370110000369207814015456201905241

**OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS**

Reg. INOS 1-2160-6

Moreno 3037 - CABA

Tel. (011) 4011 - 5100



NOMBRE DEL AFILIADO:		D.N.I.:		
NOMBRE DEL PRESTADOR:		TELEFONO:		
PRESTACIÓN:		DOMICILIO:		
MES DE PRESTACIÓN:		ADJUNTO A FACTURA Nº:		
FECHA	DESCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN	FIRMA CONFORMIDAD DE INSTITUTO	FIRMA DEL PADRE O TUTOR	OBSERVACIONES:
ACLARACIÓN DE FIRMA (Padre/Madre/tutor):				
D.N.I. Nº:				
TIPO DE PARENTESCO:				