

## ANEXO 15

1 de 4

### FACTURACIÓN

**POR DISPOSICIÓN DE AFIP SOLO SE PODRAN EMITIR FACTURAS ELECTRONICAS, LAS MISMAS DEBERÁN ENTREGARSE DENTRO DE LOS PRIMEROS 7 (SIETE) DÍAS HÁBILES DE CADA MES (SIEMPRE QUE LA PRESTACIÓN SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR ESTA AUDITORIA), CASO CONTRARIO DEBERÁN SER ENTREGADAS AL MES SIGUIENTE”**

POR DECRETO 904/2016 PUBLICADO EN EL BOLETIN OFICIAL EL 03/05/2016, LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD HA IMPLEMENTADO EL MECANISMO DENOMINADO “INTEGRACIÓN”.

A PARTIR DE ESTA NORMATIVA, LAS FACTURAS DEBERÁN EMITIRSE A LA ORDEN DE LA “OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO” (OSPOCE)

CUIT 30-65731497-4 IVA EXENTO.

“Deberán presentar factura original, planilla de asistencia/ conformidad de traslados y copia o duplicado de la factura para una mejor recepción”.

EN LOS CASOS QUE, UNA VEZ AUTORIZADA LA PRESTACIÓN, NO PRESENTEN LA FACTURA DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR ESTA AUDITORIA, SOLO SE RECONOCERÁ LA FACTURACION RETROACTIVA A 3 (TRES) PERIODOS DEL MES CALENDARIO EN CURSO.

ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PRESTADOR/INSTITUCIÓN ENTREGAR LA FACTURA EN TIEMPO Y FORMA PARA DAR INICIO AL PROCESO DE PAGO.

DADA LA CONDICION DE “OSPOCE” ANTE EL IVA, ESTA AUDITORIA RECIBIRA FACTURAS TIPO B/C QUE TENGAN IMPRESO EL CAE Y LA CORRESPONDIENTE FECHA DE VENCIMIENTO.

PRESTADORES/ PROFESIONALES “MONOTRIBUTISTAS”, PODRAN PRESENTAR FACTURAS/ RECIBOS TIPO C QUE TENGAN IMPRESO EL CAE Y LA CORRESPONDIENTE FECHA DE VENCIMIENTO.

**AQUELLOS PRESTADORES/ PROFESIONALES QUE PRESENTEN FACTURAS TIPO B, UNA VEZ QUE RECIBAN EL PAGO, DEBERÁN ENVIAR POR MAIL A PAGOSINTEGRACION@OSPOCE.COM.AR EL CORRESPONDIENTE RECIBO SIN EXCEPCIÓN.**

## ANEXO 15

2 de 4

### CONFECCIÓN DE LAS FACTURAS

#### A. INSTITUCIONES / MÓDULOS

- DIRIGIDAS A NOMBRE DE OSPOCE
- CUIT N° 30-65731497-4
- EXENTO DE IVA
- BARTOLOME MITRE 1523 (1087) C.A.B.A

Detallar en la misma:

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO según figura en el certificado Unico de Discapacidad.
- DNI DEL BENEFICIARIO sin excepción, cualquier otro dato no será valido.
- MES FACTURADO debe coincidir con el periodo facturado de la factura (desde - hasta) SIN EXCEPCIÓN
- PRESTACION BRINDADA
- NIVEL Y TIPO DE JORNADA (SEGÚN CORRESPONDA)
- VALOR DEL MODULO / MONTO MENSUAL
- DETALLAR DEPENDENCIA EN CASO QUE CORRESPONDA
- DETALLAR COMEDOR EN CASO DE JORNADA SIMPLE

ORIGINAL							
Instituciones		<b>C</b> COD. 011		<b>FACTURA</b>			
Razón Social:				Punto de Venta: 00002    Comp. Nro: 00000;			
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión: 01/07/2019			
Condición frente al IVA:				CUIT:			
				Ingresos Brutos:			
				Fecha de Inicio de Actividades: 01/08/2016			
Período Facturado Desde: 01/06/2019		Hasta: 30/06/2019		Fecha de Vto. para el pago: 31/07/2019			
CUIT: 30657314974		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO					
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento		Domicilio: Mitre Bartolome 1523 - Ciudad de Buenos Aires					
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
01	Beneficiario: Apellido y Nombre DNI: 11.111.111 Periodo: Junio 2019 Escuela Especial Jornada Simple Pre Primaria - Categoría A	1		19032.65			

## ANEXO 15

3 de 4

### B. PROFESIONALES / TERAPIAS DE APOYO

- DIRIGIDAS A NOMBRE DE OSPOCE
- CUIT N° 30-65731497-4
- EXENTO DE IVA
- BARTOLOME MITRE 1523 (1087) C.A.B.A

Detallar en la misma:

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO según figura en el certificado Unico de Discapacidad.
- DNI DEL BENEFICIARIO sin excepción, cualquier otro dato no será valido.
- MES FACTURADO debe coincidir con el periodo facturado de la factura (desde - hasta) SIN EXCEPCIÓN
- PRESTACION BRINDADA
- CANTIDAD DE SESIONES / HORAS BRINDADAS
- VALOR DE LA SESIÓN / HORA
- VALOR TOTAL FACTURADO

LA FACTURA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DE LA PLANILLA DE ASISTENCIA DE PRESTACIÓN MENSUAL COMPLETA Y FIRMADA (ANEXO 13) SIN EXCEPCIÓN.

ORIGINAL							
<b>Razón Social:</b>  <b>Domicilio Comercial:</b>  <b>Condición frente al IVA:</b>				<b>C</b> COD. 011			
				<b>FACTURA</b> Punto de Venta: 00002    Comp. Nro: 00000; Fecha de Emisión: 01/07/2019 CUIT: Ingresos Brutos: ; Fecha de Inicio de Actividades: 01/08/2016			
<b>Período Facturado Desde:</b> 01/06/2019 <b>Hasta:</b> 30/06/2019 <b>Fecha de Vto. para el pago:</b> 31/07/2019							
<b>CUIT:</b> 30657314974		<b>Apellido y Nombre / Razón Social:</b> OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO					
<b>Condición frente al IVA:</b> IVA Sujeto Exento		<b>Domicilio:</b> Mitre Bartolome 1523 - Ciudad de Buenos Aires					
<b>Condición de venta:</b> Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
01	Honorarios por tratamiento de Terapia Ocupacional por 13 (trece) sesiones mensuales Afiliado: APELLIDO Y NOMBRE DNI: 11111111 Mes de prestación: junio 2019 Valor sesión: \$585.20 Res 4/2019	13,00	unidades	585,20	0,00	0,00	7607,60

## ANEXO 15

4 de 4

### C. TRANSPORTE ESCOLAR / AGENCIA DE REMIS / TRANSPORTE ESPECIAL

- DIRIGIDAS A NOMBRE DE OSPOCE
- CUIT N° 30-65731497-4
- EXENTO DE IVA
- BARTOLOME MITRE 1523 (1087) C.A.B.A

Detallar en la misma:

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO según figura en el certificado Unico de Discapacidad.
- DNI DEL BENEFICIARIO sin excepción, cualquier otro dato no será valido.
- MES FACTURADO debe coincidir con el periodo facturado de la factura (desde - hasta) SIN EXCEPCIÓN
- DESTINO debe coincidir con el destino presupuestado (colegio, psicología, Centro de día, etc.)
- CANTIDAD DE VIAJES A DICHO DESTINO (44 viajes al colegio, 12 viajes a psicología, etc.)
- CANTIDAD DE KILOMETROS POR VIAJE
- VALOR DEL KILOMETRO FACTURADO (en los casos que corresponda según lo autorizado deberá incluir el porcentaje por dependencia).
- CANTIDAD DE KILOMETROS MENSUALES POR DESTINO
- CANTIDAD DE KILOMETROS MENSALES DE TODOS LOS DESTINOS

LA FACTURA DEBERÁ ESTAR ACOMPAÑADA DE LA CONFORMIDAD DE TRASLADOS COMPLETA Y FIRMADA (ANEXO 14) SIN EXCEPCIÓN.

**NO SERÁN ACEPTADAS PARA SU LIQUIDACIÓN AQUELLAS FACTURAS QUE DETALLEN DIRECCIONES**

ORIGINAL							
<b>TRANSPORTE</b>		<b>C</b> COD. 011		<b>FACTURA</b>			
<b>Razón Social:</b>				<b>Punto de Venta: 00002 Comp. Nro: 00000</b>			
<b>Domicilio Comercial:</b>				<b>Fecha de Emisión: 01/07/2019</b>			
<b>Condición frente al IVA:</b>				<b>CUIT:</b>			
				<b>Ingresos Brutos:</b>			
				<b>Fecha de Inicio de Actividades: 01/08/2016</b>			
<b>Período Facturado Desde:</b> 01/06/2019		<b>Hasta:</b> 30/06/2019		<b>Fecha de Vto. para el pago:</b> 31/07/2019			
<b>CUIT:</b> 30657314974		<b>Apellido y Nombre / Razón Social:</b> OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO					
<b>Condición frente al IVA:</b> IVA Sujeto Exento		<b>Domicilio:</b> Mitre Bartolome 1523 - Ciudad de Buenos Aires					
<b>Condición de venta:</b> Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
01	Beneficiario: Apellidos y Nombres DNI: 11.111.111 Periodo: Junio 2019						
44	Viajes al Colegio de 12 km	528	km	22.90			
12	Viajes a Psicología de 3 km	36	km	22.90			
<b>Km mensuales facturados 564</b>							