

**PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
INSTRUCTIVO PARA TRANSPORTISTAS**

**INFORMACIÓN GENERAL PARA TRANSPORTISTAS**

**PRESUPUESTO**

- 1) El Presupuesto debe ser confeccionado SIN EXCEPCIÓN por la empresa de transporte y contar con firma del transportista, en original.
- 2) Al Presupuesto se deberá adjuntar:
  - Copia de la habilitación municipal (Agencia y/o transporte habilitado), vigente. En caso de poseer vencimiento, renovación de la misma.
  - Registro habilitante de Transporte Escolar/ Transporte Especial. En caso de poseer vencimiento, renovación de la misma.
  - Copia de la Póliza de Seguro, vigente.
  - Constancia de AFIP.
  - Constancia de CBU.
  - Mapa del menor recorrido, según Google Maps, donde se constate cantidad de kilómetros entre lugar de origen y destino, firmado por el transportista.

**FACTURACIÓN**

- 1) Requisitos importantes al momento de presentar la facturación:
  - Las facturas deberán ser presentadas por el transportista dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles de cada mes en el horario de 7,20 a 13,00 en el Sector Facturación de OSPAC.
  - Se debe acompañar el original de la planilla de traslado a la rehabilitación, conforme modelo adjunto.
  - La facturación se presenta a mes vencido, es decir, al mes siguiente de la realización de la prestación.
  - Es responsabilidad del transportista entregar las facturas en condiciones de ser liquidadas: caso contrario será motivo de devolución con el consiguiente atraso en el pago de la misma.
  - Solo se reconocerá factura retroactiva a 2 (dos) meses del mes calendario en curso.
  - El Prestador debe presentar **Factura "B"** de acuerdo con las disposiciones vigentes de la AFIP y en la misma debe constar:
    - ✓ Nombre de la Obra Social, Nº de CUIT y domicilio.
    - ✓ Dirección de origen y destino del viaje, cantidad de viajes por destino, cantidad de km por viaje, valor unitario de cada viaje, valor del km facturado indicando en el caso que corresponda dependencia, cantidad de km totales por mes, Nombre y apellido del afiliado, número del afiliado y período de la prestación.
- 2) El pago de las Facturas se realiza vía transferencia bancaria. Para ello, se deben completar los datos del CBU en planilla provista por OSPAC, conforme modelo adjunto.

**DATOS IMPORTANTES PARA LA CONFECCIÓN DE LA FACTURA**

**NOMBRE:** O.S.P.A.C.

**DOMICILIO:** JUJUY 2146 2000 ROSARIO

**MAIL:** [discapacidadRos@cpac.org.ar](mailto:discapacidadRos@cpac.org.ar)

**C.U.I.T:** 30-99901165-5

**I.V.A:** Exento

**PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -  
FORMULARIO PARA TRANSPORTISTAS**

**FORMULARIO DE TRASLADOS**

**IMPORTANTE PARA FACTURAR:** La presente planilla debe ser agregada, en original, a la factura que mensualmente se emita. Se debe anexar 1 planilla por cada trayecto que realice el afiliado y 1 planilla por cada mes.

Nombre y apellido o Razón social del transportista \_\_\_\_\_

Dejo constancia que el afiliado/a \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_ fue trasladado durante el mes de \_\_\_\_\_ de 2019

hacia la prestación de \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

DIA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		

DIA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		

DIA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		

DIA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		

DIA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		

Firma Titular/Respons. \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

DNI Nro. \_\_\_\_\_

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2019 -

FORMULARIO PARA TRANSPORTISTAS

FORMULARIO DE PRESUPUESTO POR DESTINO

Lugar de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Afiliado: \_\_\_\_\_ Nº de Afiliado: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido / Razón Social de la empresa de transporte: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Nº de CUIT: \_\_\_\_\_ Prestación con dependencia SI NO

PRESTACIÓN	DIRECCIÓN DESDE/ HASTA	KM. IDA Y VUELTA	VALOR POR VIAJE IDA Y VUELTA	VALOR MENSUAL	HORARIO				
					L	M	M	J	V
FONAUDIOLÓGÍA									
PSICOLOGÍA									
KINESIOLOGÍA									
EST. TEMPRANA									
PSICOPEDAGOGÍA									
T. OCUPACIONAL									
HIDROTERAPIA									
CENTRO DE DÍA									
C.E.T.									
OTRAS									

Firma y Aclaración del transportista

Firma y aclaración del Afil. Titular/Responsable