

INFORMACIÓN GENERAL DE FACTURACIÓN PARA PROFESIONALES E INSTITUCIONES

- 1) Las facturas deberán ser presentadas dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles del mes posterior al de realización de la prestación que se está facturando.
- 2) Debe adjuntarse la documentación correspondiente conforme las prestaciones que se facturen (bono de autorización, original de prescripción de la prestación, planilla de asistencia, conformidad del afiliado, conformidad de traslados, etc.).
- 3) El Profesional o Institución puede presentar **Factura "B" o Recibo "C"** de acuerdo con las disposiciones vigentes de la AFIP. Deben ser emitidas a nombre de la Obra Social completando el Nro. de CUIT, Condición fiscal y domicilio. En la misma se debe especificar el tipo de prestación brindada, período de la práctica, nombre, apellido y número de afiliado.
- 4) La facturación de las prestaciones se presenta a mes vencido, una vez realizadas las mismas.
- 5) Solo se reconocerá factura retroactiva a 2 (dos) meses del mes calendario en curso.
- 6) El pago de las Facturas se realiza vía transferencia bancaria. Para ello se debe completar los datos del CBU en planilla provista por OSPAC. (se adjunta modelo).
- 7) Con la primera presentación de la facturación adjuntar Constancia de Inscripción en AFIP.
- 8) En los casos que corresponda se retendrá el debido porcentaje en concepto de gastos administrativos.

PRESTADORES DIRECTOS DE OSPAC

Para ser prestador directo de OSPAC se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- No pertenecer a la Bolsa de Trabajo de Colegio en el que se encuentre matriculado o Asociación que lo represente.
- Solicitar mediante nota personal ser prestador directo ratificando la condición descripta en el punto anterior.

DATOS IMPORTANTES PARA LA CONFECCIÓN DE LA FACTURA

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

DOMICILIO: JUJUY 2146 (2000) ROSARIO

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

I.V.A: Exento

DECLARACIÓN JURADA PARA PRESTADORES QUE NO FACTUREN POR BOLSA DE TRABAJO.

Por la presente solicito facturar en forma directa a OSPAC por no pertenecer a la bolsa de trabajo del Colegio/Asociación que me representa.

Adjunto formulario de datos bancarios y constancia de AFIP

Nombre y apellido:

Profesión:

Matrícula Nro.:

D.N.I.:

Domicilio:

Teléfono/Celular:

Correo electrónico:

Firma:

Aclaración:

Lugar y fecha:

FORMULARIO DE DATOS BANCARIOS

Ciudad de Santa Fe, ____ de _____ de _____ .

**SEÑORES
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS
PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
PRESENTE**

En mi carácter de Titular / Representante Legal / Apoderado, como lo acredito con la documentación que adjunto, del Proveedor / Afiliado / Beneficiario cuyos datos se detallan:

DATOS PERSONALES / SOCIETARIOS	NOMBRE Y APELLIDO /		DNI/	
	RAZON SOCIAL:		CUIT	
			Nro. de	
			AFILIADO	
	DOMICILIO:			
	LOCALIDAD:		C.P.	
	TELÉFONO	TELÉFONO		
	FIJO:	MÓVIL:		
	E-MAIL:			

por la presente AUTORIZO que TODO PAGO EN PESOS que la C.P.A.C. deba realizar a nuestro favor pueda ser efectuado mediante depósito o transferencia en la siguiente cuenta bancaria:

DATOS BANCARIOS	BANCO:
	SUCURSAL:
	TIPO DE CUENTA: Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Caja de Ahorro <input type="checkbox"/>
	NUMERO DE CUENTA:
	TITULARIDAD DE LA CUENTA:
	CBU:

LA ORDEN DE TRANSFERENCIA A LA CUENTA ARRIBA INDICADA EXTINGUIRÁ LA OBLIGACIÓN DEL DEUDOR POR TODO CONCEPTO, TENIENDO VALIDEZ TODOS LOS DEPÓSITOS QUE ALLÍ SE EFECTÚEN.
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS MÁS ARRIBA, SON VERDADEROS Y REPRESENTAN MI VOLUNTAD.

.....
Firma

Aclaración:

Cargo: