

## 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) Las facturas deberán ser presentadas por el transportista dentro del 1° al 5° día del mes y del 16° al 21° de cada mes en el horario de 7,20 a 13,00 en el Sector Facturación de OSPAC.
- 2) Se debe acompañar el original de la planilla de traslado a la rehabilitación, conforme modelo adjunto.
- 3) La facturación se presenta a mes vencido, es decir, al mes siguiente de la realización de la prestación.
- 4) 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.
- 5) Solo se reconocerá factura retroactiva a 2 (dos) meses del mes calendario en curso.
- 6) 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, N° 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.

### DATOS IMPORTANTES PARA LA CONFECCIÓN DE LA FACTURA

Nombre: O.S.P.A.C.

Domicilio: JUJUY 2146 CP: 2000

Localidad: ROSARIO

Email: discapacidadRos@cpac.org.ar

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

I.V.A.: Exento

**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 2023 hacia la prestación de  con domicilio en

DÍA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

DÍA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

DÍA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

DÍA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

DÍA	FECHA	FIRMA DEL TITULAR O TUTOR
Lunes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Martes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Miércoles	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Jueves	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Viernes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

FIRMA TITULAR/RESPONS

ACLARACIÓN

D.N.I.:

PRESTACIONES EN FAVOR DE AFILIADOS CON DISCAPACIDAD - AÑO 2024 -  
INSTRUCTIVO PARA TRANSPORTISTAS

INFORMACIÓN GENERAL PARA TRANSPORTISTAS

Lugar de emisión:  Fecha:  /  /

Nombre y Apellido del Afiliado:  Afiliado N°:

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

Domicilio:  Teléfono:

Email:

C.U.I.T.:  Prestación con dependencia:  SI  NO (Pintar lo que corresponda)

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

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRANSPORTISTA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFIL. TITULAR/RESPONSABLE