OSTEL

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

RNAS 1-2070-2

GUÍA PARA LA FACTURACIÓN DE DISCAPACIDAD

2027

Autorizaciones • Documentación • Modalidades prestacionales

REQUERIMIENTOS PARA LA FACTURACION DE LOS PRESTADORES

Documentación requerida para facturar

La factura emitida por el prestador debe estar dirigida a la Obra Social: OSTEL

- **CUIT 30-60871639-0 / Condición de IVA: responsable Inscripto**
- **Dirección: Av. Garay 2569 (CABA)**
- **La factura deberá presentar los siguientes datos:**

  - ✓ **Nombre del beneficiario y DNI**
  - ✓ **Modalidad y período de la prestación mes y año**
  - ✓ **Cantidad de sesiones, importe total**
  - ✓ **En caso de Centros de Rehabilitación especificar tipo de modalidad: Prestación de Apoyo, Módulo Integral Simple o Módulo Integral Intensivo.**
  - ✓ **En caso de Transporte especificar: Direcciones de partida y destino, Cantidad de viajes por día y mensual, Cantidad de kilómetros recorridos por viaje. Total de kilómetros del mes**
  - ✓ **Indicar si incluye dependencia (solo se reconocerá si se especifica en la Prescripción Médica)**

- **La recepción de la facturación es mensual del 01 al 10 de cada mes**
- **Presentar planilla de asistencia legible (Anexo 8) en formato PDF para garantizar la calidad de su contenido (No se admitirá otro formato para su recepción)**
- **Una vez el pago mediante transferencia bancaria, el prestador debe presentar el recibo que deberá contener: Fecha, Nro. de factura que cancela, Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas, y también fecha de la transferencia.**
- **La facturación se debe enviar al correo: integracion.ostel@gmail.com en formato PDF como documento original completo en todos sus ítems se según normativa vigente, emitida de manera online por la ARCA (No se admitirá otro formato para su recepción)**

Planilla de Asistencia Mensual

Apellido y Nombre del beneficiario:

Prestador:

Prestación brindada:

Mes: Año:

Fecha (dd/mm/aa)	**Firma del Prestador**	**Firma del afiliado/ familiar responsable**	**Aclaración del afiliado/familiar responsable**

La información descripta precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completada sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades de los arts. 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Institución	**Prestador/Profesional**	**Afiliado/ Responsable familiar**
Firma	Firma	Firma
Sello y Aclaración	Sello y Aclaración	Aclaración: DNI: Vínculo