

PRESTACIONES DISCAPACIDAD

PRESENTACIÓN, LIQUIDACIÓN Y PAGO DE LAS FACTURAS DE SUBSIDIOS APROBADOS

Lineamientos generales

- Sólo se recibirá documentación por **prestaciones “autorizadas”** y deberán presentar un legajo completo **en formato PDF** y que contenga lo siguiente:
 - **Factura**
 - **Planilla de asistencia**
 - **Informe Semestral Evolutivo**

Es indispensable contar con toda la documentación solicitada para posibilitar su liquidación y pago.

- Los prestadores deberán presentar las facturas, **INDEFECTIBLEMENTE** a mes vencido del **1º al 10**.
- Toda la documentación solicitada debe ser ingresada en el siguiente link:
<https://ape.up.cuentasapagar.com/>
- El anterior es el único canal habilitado por la Obra Social, sin excepciones.
- Se deberá confeccionar una factura por beneficiario, prestación, período y autorización.
- Modalidad de pago de las prestaciones mediante transferencia bancaria.
- Será responsabilidad de los Prestadores mantener actualizada la información bancaria e impositiva. A tal efecto, deberán completar la planilla del **“ALTA DE PRESTADOR”** (que se adjunta).
Debe completarse de forma legible, sin tachaduras y con el mismo color de tinta en todos sus campos. Debe presentar el legajo impositivo completo: constancia de inscripción en AFIP e Ingresos Brutos actualizada (Local o Convenio Multilateral). En caso de ser contribuyente de Convenio deben enviar el último CM05 presentado (hoja determinación del coeficiente unificado). Asimismo, presentar (cuando corresponda) los certificados de exención o de no retención en los diferentes impuestos.
- **Una vez recibido el pago (mediante transferencia bancaria), el Prestador está obligado a entregar el recibo original tipo “X” correspondiente para la cancelación de las facturas, debe ser remitido a la siguiente casilla de correo tesoreriaup@unionpersonal.com.ar. De no recibirlas, se **SUSPENDERÁ** a futuro el pago de la prestación hasta tener regularizada esta situación.**

Deberá estar dirigido a nombre de Obra Social Unión Personal de la Unión Personal Civil de la Nación y debe contener los siguientes datos:

- Fecha
- Numero completo de la factura que cancela

- En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
- Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
- Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia
- Total del recibo: verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas
- Firma y aclaración del prestador o su representante.

Reclamo de retenciones mal efectuadas

En caso de sufrir retenciones impositivas, que a su criterio no correspondan, realizar el reclamo a tesoreriaup@unionpersonal.com.ar, en el mismo detallar lo siguiente para poder ser analizado:

- Especificar claramente el impuesto retenido erróneamente. Por ejemplo: Ganancias, IVA, IIBB CABA, Buenos Aires, etc. En IIBB detallar obligatoriamente la jurisdicción.
- Datos de la/s retención/es mal practicadas: Fecha, N° de orden de pago, importe retenido.
- Explicación del motivo por el cual no corresponde la retención.
- Documentación que justifica el reclamo. Ejemplo: certificado de no retención, resolución de exención, nota en carácter de DDJJ informando exención de pleno derecho, etc.
- Adjuntar correo donde se informó la exclusión/justificación no aplicada, el cual debe ser previo a la realización de las retenciones reclamadas.

Requisitos fiscales

La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP, a saber:

- Solo se reciben facturas “A”, “M” o “C” en formato electrónico con CAE vigente.
- En el caso de facturas “A” o “M”, se deberá adicionar el IVA (10.5% en servicios médicos o 21% en insumos, según corresponda), en los casos de tratamientos autorizados para afiliados ADHERENTES (aquellos que pertenecen directamente a Accord Salud)
- Las facturas deberán contener:
 - Fecha de emisión (debe ser posterior al mes de prestación brindada)
 - Razón Social: Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación
 - Domicilio: Tucumán 949 Ciudad Autónoma de Bs. As.
 - CUIT :30-68303222-7
 - Condición IVA: Responsable Inscripto.
 - Tipo de prestación brindada según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad

- Modalidad: indicar si es Jornada simple o doble, categoría del establecimiento si corresponde. Indicar si es con dependencia o sin dependencia.
- En el caso de especialidades: cantidad de sesiones y valor unitario. En el caso de presentar facturación por módulos, deberán detallarse las prestaciones y sesiones que lo conforman
- Monto individual de cada prestación y sumatoria total de las prestaciones facturadas.
- Nombre y apellido del beneficiario y número de afiliado.
- Mes y año de la prestación.
- Número de prestador (se puede visualizar en la carta de autorizaciones)
- Código de autorización (se puede visualizar en la carta de autorizaciones)

Nota: se muestra un modelo con el formato de factura solicitado

ORIGINAL								
Razón Social: Domicilio Comercial: Condición frente al IVA:				<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">COD. 011</div>	<h2 style="margin: 0;">FACTURA</h2> Punto de Venta: Fecha de Emisión: CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades:			
Período Facturado Desde:				Fecha de Vto. para el pago:				
CUIT: 30683032227		Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL UNION PERSONAL DE LA UNION DEL PERSONAL CIVIL D						
Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto		Domicilio: Tucuman 949 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires						
Condición de venta: Cuenta Corriente								
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal	
				0,00	0,00	0,00	0,00	
Tipo de prestación autorizada Cantidad de sesiones según corresponda Nombre del afiliado Número de afiliado Número del prestador Código de la prestación Período facturado								
Subtotal: \$							0,00	
Importe Otros Tributos: \$							0,00	
Importe Total: \$							0,00	
<i>"147 Teléfono Gratuito CABA, Área de Defensa y Protección al Consumidor"</i>								



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°:

Fecha de Vto. de CAE:

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

