PRESTACIONES DISCAPACIDAD

PRESENTACIÓN, LIQUIDACIÓN Y PAGO DE LAS FACTURAS DE SUBSIDIOS APROBADOS

Lineamientos generales

- Sólo se recibirá documentación por **prestaciones y traslados (transporte) "autorizados"** y deberán presentar **en formato PDF:**
  - **Factura Original**
  - **Planilla de Asistencia**
  - **Informe Semestral Evolutivo (exceptuado el transporte)**

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

- Los prestadores deberán presentar las facturas, **INDEFECTIBLEMENTE** a mesvencido del **1º al 10.**

- Toda la documentación solicitada debe ser ingresada en el siguiente link: https://ape.up.cuentasapagar.com/, siendo el único canal habilitado por la Obra Social

- Se deberá confeccionar una factura por beneficiario, prestación, período yautorización.

- Modalidad de pago transferencia bancaria. Será responsabilidad de los Prestadores mantener actualizada la información bancaria e impositiva. En casode tener alguna modificación deberá informarla al sector de tesorería tesoreriaup@unionpersonal.com.ar

- Ante cualquier consulta se pueden comunicar al teléfono 4516-8173, a los correos ape-consultas@unionpersonal.com.ar, ape-facturacion@unionpersonal.com.ar o desdela plataforma.

Requisitos fiscales

La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normasimpositivas 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% 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 Civilde 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 PrestacionesBásicas para personas con Discapacidad
  - Modalidad: indicar si es Jornada simple o doble, categoría delestablecimiento 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 prestacionesfacturadas.
  - 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)

ORIGINAL

COD. 011

FACTURA

Punto de Venta: 00001 **Comp. Nro:** 00000001

Razón Social:

Fecha de Emisión:

Domicilio Comercial:

CUIT:

Ingresos Brutos:

Condición frente al IVA:

Fecha de Inicio de Actividades:

Período Facturado Desde: **Hasta:** **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:

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Tipo de prestación autorizada		otras unidades		0,00	0,00	
	Cantidad de sesiones brindadas						
	Nombre y apellido del afiliado						
	Número de afiliado (figura en la carta de autorización)						
	Número de prestador (figura en la carta de autorización)						
	Código de prestación (figura en la carta de autorización, comenzando siempre con 0459...)						
	Mes y año facturado						

Subtotal: $

Importe Otros Tributos: $ 0,00

Importe Total: $

Pág. 1/1

CAE Nº:

Fecha de Vto. de CAE:

AFIP

Comprobante Autorizado

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

- **Una vez recibido el pago (**mediante transferencia bancaria)**, el Prestador está obligado a entregar <u>el recibo original tipo "X"</u> 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 podránregistrar 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 ypercepciones efectuadas
  - Firma y aclaración del prestador o su representante.

<u>Reclamo de retenciones mal efectuadas</u>

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

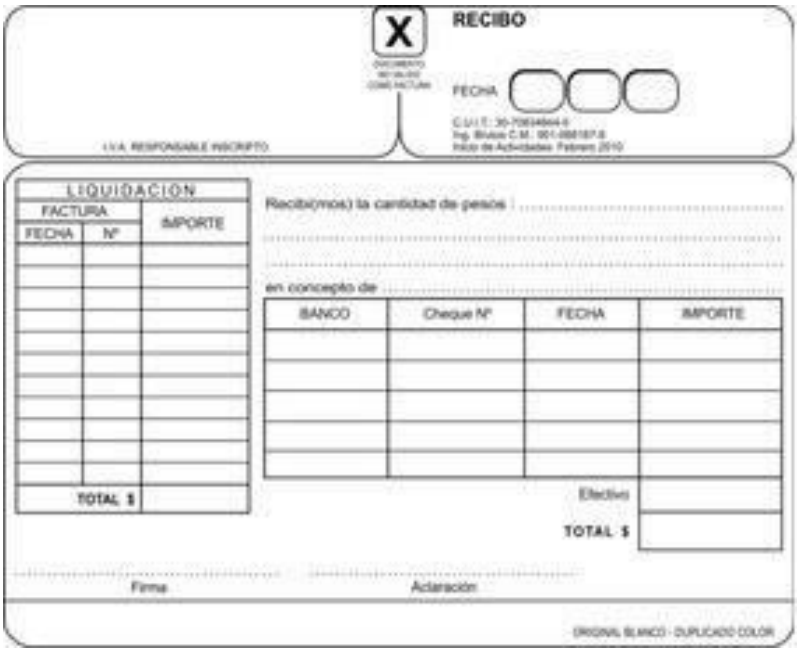
- Especificar claramente el impuesto retenido erróneamente. Por ejemplo: Ganancias, IVA, IIBB CABA, Buenos Aires, etc. En IIBB detallar obligatoriamente la jurisdicción.

- 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.



X

RECIBO

FECHA

I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO

LIQUIDACION

FACTURA		IMPORTE
FECHA	Nº	
TOTAL $		

Recibi(mos) la cantidad de pesos .....

en concepto de .....

BANCO	Cheque Nº	FECHA	IMPORTE

Efectivo

TOTAL $

Firma

Aclaración

ORIGINAL BLANCO - DUPLICADO COLOR

ORIGINAL

C

COD. 15

RECIBO

Punto de Venta: Comp. Nro:

Fecha de Emisión:

Razón Social:

Domicilio Comercial:

CUIT:

Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades:

Condición frente al IVA: Responsable Monotributo

Período Facturado Desde: Hasta: Fecha de Vto. para el pago:

CUIT: Apellido y Nombre / Razón Social:

Condición frente al IVA: Domicilio Comercial:

Condición de venta:

Recibi(mos) la suma de:

en concepto de:

Subtotal: $

Bonif: %0 Importe Bonif: $

Subtotal c/Bonif.: $

Importe Otros Tributos: $

Importe Total: $

Comprobante Autorizado

CAE Nº:

Fecha de Vto. de CAE:

Unión Personal
Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación

Planilla de asistencia Mensual

Afiliado:

Periodo:

Prestación:

DNI/Nro de Afiliado:

DIA	HORA	FIRMA Afiliado/responsable

Firma y sello del prestador