

obra social para la actividad docente

***Normas de Facturación***  
***Área de Discapacidad***

**2020**

## **I.- Nuevas Disposiciones para Prestadores de Discapacidad**

La **Superintendencia de Servicios de Salud** ha emitido la Resolución 406/2016, por la que crea un sistema de entrega ágil de fondos a la Obra Social con destino al pago de prestaciones incluidas en el Programa SUR (Sistema Único de Reintegro), a partir del mes de prestación Setiembre de 2016, se requiere cumplir una serie de requisitos por parte de los prestadores para poder estar incluidos en dicho sistema.



### **IMPORTANTE:**

Todos los pagos se realizarán mediante transferencia bancaria a una cuenta a nombre del prestador que brinde los servicios al afiliado discapacitado y facture a la Obra Social los mismos.



### **IMPORTANTE:**

Para seguir el procedimiento, ingresar al sitio web tipeando en el navegador:

#### ● **Requisitos**

##### ● **NUMERO DE LA CLAVE UNICA BANCARIA (CBU):**

Debe contener los datos del CBU y el detalle del o los titulares de la cuenta,  
El titular de la cuenta debe ser la misma persona física / jurídica que brinda la prestación.  
Esto debe acercarlo a la OFICINA DE DISCAPACIDAD donde actualmente presenta la facturación.

##### ● **ACTUALIZACIÓN DE DATOS PRESTADORES DISCAPACIDAD:**

Completar el formulario online, publicado en:  
**[www.reddeseguromedico/prestadoresdiscapacidad](http://www.reddeseguromedico/prestadoresdiscapacidad)**

##### ● **ENTREGA DE FACTURA POR CADA MES DE PRESTACION:**

Cada factura debe presentarse **en forma mensual** en la sede de RSM más cercana a su domicilio.

La PRESENTACION DE LA FACTURACION DEBE SER MENSUAL ya que eso permitirá reducir los plazos de pago.

Se recomienda cumplir con las Normas Vigentes de la AFIP y de la Superintendencia de Servicios de Salud (detallados en la presente), a fin de agilizar procesos administrativos.

##### ● **INICIO ANUAL DE LAS PRESTACIONES (INICIO DE EXPEDIENTES):**

Es importante que se le entregue al afiliado toda la documentación requerida por las normas de la Obra Social y supervisar que el afiliado presente a la Obra Social el expediente lo antes posible, ya que la demora en aprobarse el EXPEDIENTE, imposibilita la presentación de facturas y por ende el cobro de los servicios prestados.

● **CONSULTAS**

Para cualquier consulta al respecto, se solicita contactarse mediante:

- Correo electrónico a **info@reddeseguromedico.com**
- Centro de Atención telefónica: **0810-xxx-xxx(RSM)** de Lunes a Viernes de 8,30 a 20hs.

● **SEDES Red de Seguro Medico**

Para ver listado de Sedes, consulte en [www.reddeseguromedico.com](http://www.reddeseguromedico.com)

● **PRESTACIONES CONTEMPLADAS**

Recuerde que el Sistema solo abarca las prestaciones contempladas en el SUR (Sistema Único de Reintegro).

Para ver CUAL el código de su prestación consulte en:

**[www.reddeseguromedico.com/prestadoresdiscapacidad](http://www.reddeseguromedico.com/prestadoresdiscapacidad)**

**2- Documentacion Médica- Administrativa**

**2.1 Premisas generales**

2.1.1 • La Autorización prestacional emitida por el Área de Discapacidad **NO implica un valor fijo mensual a abonar** (la autorización es emitida sobre un supuesto teórico de asistencia).

2.1.2 • La Obra Social abonará las prestaciones **que hayan sido efectivamente brindadas**.

2.1.3 • Todas aquellas prestaciones que no hayan sido brindadas **sin existir justificación médica**, deberán ser solventadas por el afiliado.

2.1.4 • Los informes de **auditoría de terreno y/o auditoría telefónica** constituyen elementos de prueba suficiente que habilitan a la Obra Social a realizar las modificaciones que resulten pertinentes en las áreas de auditoría prestacional y/o auditoría de facturación.

2.1.5 • La Obra Social autoriza prestaciones bajo la modalidad de pago al prestador. Por tal motivo **la facturación deberá ser emitida a nombre de la Obra Social del beneficiario**.

2.1.6 • La facturación presentada por cada prestador será sometida a un **proceso de auditoría previo al ingreso del circuito de pago**.

2.1.7 • Únicamente será procesada la facturación correspondiente a **prestaciones autorizadas por la Oficina de Prestaciones Médicas** – Área de Discapacidad.

La Facturación de profesionales independientes en tratamientos interdisciplinarios podrá ser auditada sólo cuando hayan sido recibidas las facturas de todos los profesionales intervinientes. Si algún profesional no brindase el servicio deberá notificarlo por escrito a fin de evitar demoras en el procesamiento de facturas del resto de los profesionales. Serán devueltas las facturas toda vez que no se cumpla lo señalado.

2.1.8 • La facturación de transporte podrá auditarse sólo si ha sido auditada la prestación a la que es trasladado el afiliado.

La facturación debe presentarse en original y copia simple, debiendo consignar **al dorso fecha de recepción y salida desde la Oficina de Discapacidad** (requisito obligatorio).

2.1.9 • Junto a cada comprobante deberá remitirse planilla de asistencia (Formato WEB), con todos los campos completos.

2.1.10 • Al momento del pago por parte de la Obra Social, el prestador deberá entregar **un Recibo por cada cobro**.

2.1.11 • **En caso de inasistencias con justificación médica, se deberá enviar adjunto a la factura, original del certificado médico (o copia del mismo si ya ha sido presentado el original por otro prestador)**

## **2.2 Planillas diaria de Asistencia**

2.2.1 Se debe remitir **UNA PLANILLA POR CADA FACTURA**, según la prestación. Ver anexo de planilla que corresponda.

Las planillas deberán contener:

- Membrete con datos del profesional o institución
- Dirección real donde se brinda la prestación
- Presentismo / Ausentismo
- **Nombre y Apellido del Beneficiario**
- DNI
- Prestación
- Días y horarios (ingreso - egreso) en que se brinda la prestación
- Mes y año
- **Firma del beneficiario por cada sesión recibida (o responsable del mismo)**
- Firma y sello del profesional **al pie de página**
- **Firma y aclaración del beneficiario al pie de página** (o responsable del mismo, con aclaración de vínculo)

2.2.2 Planilla diaria de Asistencia por tipo de prestación (**debe contener todos los campos completos**)

### **2.2.2.1 Atención ambulatoria**

(Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Estimulación Temprana, Psicología, etc.)

El profesional deberá presentar **detalle de las sesiones mensuales brindadas**, indicando fecha y horario (ingreso - egreso) de realización.

Cada sesión deberá estar avalada por firma del paciente o familiar / responsable del asistido consignando aclaración, vínculo y DNI al final de la planilla.

**El detalle de cada terapia deberá estar avalado mediante firma y sello del profesional interviniente.**

#### 2.2.2.2 Maestro de Apoyo a la Integración Escolar

**El profesional deberá presentar planilla de asistencia diaria a la Institución educativa, consignando horario de ingreso-egreso, firmada por autoridad educativa (SIN EXCEPCIÓN) y padre/madre del menor junto a copia del REGISTRO DE ASISTENCIA DIARIO.**

#### 2.2.2.3 Equipo de Apoyo a la Integración Escolar

La Institución deberá presentar:

- Planilla de asistencia diaria del profesional a la Institución educativa, **consignando horario de ingreso-egreso**, firmada por autoridad educativa (SIN EXCEPCIÓN) y padre/madre del menor.
- Copia del REGISTRO DE ASISTENCIA DIARIO.
- Planilla de asistencia del niño / a a las sesiones extra-áulicas, **consignando día y horario (ingreso - egreso)** de las mismas, firmada por responsables del menor y profesional interviniente.
- Copia de **libro de actas** que señale la intervención del equipo en la escuela y/o informe evolutivo mensual, firmado por equipo y directivos de escuela donde se efectúa la Integración.

#### 2.2.2.4 Hospital de Día, Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico,

##### **Prestaciones Educativas**

Nivel Inicial, EGB, Formación Laboral.

La Institución deberá presentar la **planilla de asistencia diaria, suscripta por Director o Representante Legal**, avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI de un familiar o responsable del asistido.

Para estas modalidades, se reconocerá un periodo de hasta 30 días por año calendario de inasistencia **POR ENFERMEDAD cuando se encuentre debidamente justificado con Certificado Médico y constancia firmada por un familiar o responsable del beneficiario.** (Reserva de vacante). En caso de inasistencias mayores a 10 días corridos, deberá presentarse informe médico o copia de historia clínica (en caso de internaciones) debidamente firmadas por profesionales intervinientes

#### 2.2.2.5 Hogar

(lunes a viernes, lunes a sábados, permanente), Hogar, Hogar c/Centro de Día, Hogar c/ Centro Educativo Terapéutico, etc.

La Institución deberá presentar planilla de asistencia diaria.

Para estas modalidades, se reconocerá un periodo de hasta 30 días corridos de inasistencia **POR ENFERMEDAD cuando se encuentre debidamente justificado con Certificado Médico y constancia firmada por un familiar o responsable del beneficiario.** (Reserva de vacante).

En caso de inasistencias mayores a 10 días corridos, deberá presentarse informe médico o copia de historia clínica (en caso de internaciones) debidamente firmadas por profesionales intervinientes

#### 2.2.2.6 Transporte.

La planilla completa en todos sus campos debe estar suscripta por el representante de la empresa, y avalado con firma, aclaración, vínculo y DNI de un familiar o responsable del asistido.

Nota:

**En caso que el servicio de transporte pertenezca a la misma institución a la que concurre el beneficiario, se deberá presentar una planilla por cada prestación brindada de forma separada.**

**No se abonarán los km que no hayan sido realizados (esto incluye feriados, vacaciones, asuetos e inasistencias a cualquiera de las prestaciones) ni exceso de km según autorización por G.P.M. y/o Google Maps.**

### 3. Facturación

#### 3.1 Documentación requerida

Para facturar las prestaciones autorizadas por Prestaciones Médicas- Discapacidad conforme disposiciones impositivas emitidas por AFIP

##### 3.1.1 Datos que deben constar en la/s factural/s

3.1.1.1 La facturación deberá cumplir con los requisitos impositivos establecidos según Res AFIP 1415.

3.1.1.2 La factura deberá ser acompañada por la **impresión de la consulta de “Validez de comprobante” y Constancia de inscripción vigente – [www.afip.gov.ar](http://www.afip.gov.ar)**

3.1.1.3 Las facturas deberán corresponder exclusivamente a:

- **Un único beneficiario**
- **Un único período (mes / año)**
- **Una única prestación autorizada por el Área de Discapacidad.**
- **El concepto facturado deberá corresponderse con la autorización emitida** (debe respetarse el nombre de la misma - ej.: si se autorizó Fonoaudiología, no corresponde como concepto: rehabilitación auditiva)
- **Debe especificar si requiere “DEPENDENCIA”**
- **Debe especificar si requiere “ZONA DESFAVORABLE”**

### **3.2 Modelos de Facturas**

Ver modelo de confección de facturas en el anexo. Tener en cuenta para su confección “todos los datos” completos y el tipo de prestación que se brinda.

## **4. Recibos**

### **4.1 Cancelatorios**

4.1.1 En el caso de las facturas “A”, “A con PAGO EN CBU INFORMADA” y “M” deberá entregarse recibo oficial por el pago de las facturas presentadas.

4.1.2 En el caso de las facturas “C” se requerirá recibo en aquellas que sean emitidas con la leyenda “Cuenta Corriente” como condición de pago, esté marcada la misma en recuadro preimpreso de la factura o contenga leyenda que indique que la emisión no implica su pago.

4.1.3 Los recibos deberán contener:

- Fecha de emisión.
- **Identificación de la/s factura/s que se cancela/n con dicho pago.**
- **Identificación del medio de pago (efectivo, cheque, etc.).**
- Importe, que debe coincidir con el total de la/s factura/s.
- Detalle de retenciones efectuadas

## **5. Débitos**

### **5.1 SERÁN MOTIVOS DE DÉBITO:**

- **FACTURACIÓN MAYOR AL MONTO FACTURADO**
- **Inasistencias no justificadas médicamente**
- Feriados nacionales
- Vacaciones
- Excedente de kilometraje en relación a la menor distancia entre el domicilio y el destino según Google Maps.
- **Falta firma de conformidad del afiliado a clu de las prestaciones otorgadas.**
- Falta de datos en planilla diaria de asistencia.

5.1.1 Toda vez que se realice un débito sobre facturación presentada, se le entregará al prestador, al momento del pago, un “informe de débito” explicando los motivos y cálculo del mismo.

## **6. Devolución de Comprobantes**

Serán motivos de devolución de comprobantes:

- Inexistencia de AUTORIZACIÓN PRESTACIONAL por parte de la Gerencia de Prestaciones Médicas.

- ENMIENDAS Y/O TACHADURAS EN DOCUMENTACION CONTABLE
- **Inexistencia de planilla de asistencia firmada por beneficiario / responsable.**
- Confección incorrecta de la factura / invalidez impositiva de la factura.

### **7. Modificación Régimen de Emisión de Comprobantes – Res. 3665 y 3666 AFIP.**

Por medio de las Resoluciones Generales 3665 y 3666 la AFIP modificó el procedimiento por el cual los contribuyentes obtienen los comprobantes (facturas, recibos, notas de crédito, notas de débito, remitos, etc.) para la realización de las transacciones comerciales.

Como consecuencia de las nuevas normas; las facturas tipo “C” deberán solicitar el código de impresión, por lo tanto los comprobantes de este tipo deberán contar con la CAI.

- No se podrá generar nuevas impresiones de facturas “C” sin el C.A.I.
- Presentada por primera vez una Factura “C” con C.A.I., se bloqueará la posibilidad de presentación, por parte del prestador, de Facturas sin C.A.I.
- Prestadores/Proveedores que deben emitir comprobantes C.A.I. o C.A.E.

De acuerdo a las modificaciones introducidas, todas las facturas, recibos, notas de crédito, notas de débito, etc.; deberán contar, desde su entrada en vigencia, con la CAI o CAE sin importar el tipo de comprobante (“A”, “B”, “C” o “M”) que emitan, lo que implica que los comprobantes emitidos por los monotributistas (RS) deberán contar con la CAI o CAE, como así también los exentos o no responsables en el IVA (ejemplo - una institución educativa).

#### **7.1 FACTURA ELECTRONICA**

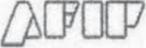
- **Todos los monotributistas deberán emitir sus facturas mediante el sistema electrónico.**
- Esta medida también alcanza a los contribuyentes que se encuentran **exentos en el Impuesto al Valor Agregado** y a los que emiten sus comprobantes en el domicilio de los clientes, que deberán usar el facturador online.
- Los sujetos adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (Monotributo):
  - F a K: ya emiten factura electrónica.
  - E: arranca el 1 de octubre de 2018.
  - D: 1 de diciembre. C: 1 de febrero de 2019.
  - B: 1 de marzo de 2019.
  - A: 1 de abril de 2019.



**FACTURA MODELO – ESCOLARIDAD ESPECIAL**

ORIGINAL							
Razón Social: Domicilio Comercial: Condición frente al IVA:		<b>C</b> COD. 11		<b>FACTURA</b>			
		Punto de Venta:		Comp. Nro:			
Domicilio Comercial:		Fecha de Emisión:		CUIT:			
Condición frente al IVA:		Ingresos Brutos:		Fecha de Inicio de Actividades:			
Periodo Facturado Desde: 01/08/2018		Hasta: 31/08/2018		Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018			
CUIT: _____		Apellido y Nombre / Razón Social: _____					
Condición frente al IVA: IVA Responsable inscripto		Domicilio: _____					
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Codigo	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Desc.	Imp. Desc.	Subtotal
	HONORARIOS POR <b>ESCOLARIDAD ESPECIAL</b> INICIAL/EGB/FORMACIÓN LABORAL (SEGÚN CORRESPONDA) JORNADA DOBLE / SIMPLE (SEGÚN CORRESPONDA) CATEGORÍA "A" / "B" / "C" (SEGÚN CORRESPONDA) CORRESPONDIENTES AL MES DE AGOSTO 2018	1	unidades	"_____"	0,00	0,00	"_____"
AFILIADO: .....							
D.N.I.: .....							
						Subtotal: \$	"_____"
						Importe Otros Tributos: \$	0,00
						Importe Total: \$	"_____"
 Comprobante Autorizado		Pág. 1/1		CAE N°:			
<small>Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación</small>				Fecha de Vto. de CAE:			

**FACTURA MODELO – CENTRO DE DÍA – CET**

ORIGINAL							
<b>C</b> COD. 11		<b>FACTURA</b>					
Razón Social:		Punto de Venta:		Comp. Nro:			
Domicilio Comercial:		Fecha de Emisión:		CUIT:			
Condición frente al IVA:		Ingresos Brutos:		Fecha de Inicio de Actividades:			
Periodo Facturado Desde: 01/08/2018		Hasta: 31/08/2018		Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018			
CUIT:		Apellido y Nombre / Razón Social:					
Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto		Domicilio:					
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Importe Bonif.	Subtotal
	HONORARIOS POR PRESTACION DE "CENTRO DE DÍA /CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO" (SEGÚN CORRESPONDA) JORNADA DOBLE / SIMPLE (SEGÚN CORRESPONDA) CATEGORÍA "A" / "B" / "C" (SEGÚN CORRESPONDA) CORRESPONDIENTES AL MES DE AGOSTO 2018	1,00	unidades	"_____"	0,00	0,00	"_____"
AFILIADO: .....							
D.N.I.: .....							
						Subtotal: \$	"_____"
						Importe Otros Tributos: \$	0,00
						Importe Total: \$	"_____"
 <b>Comprobante Autorizado</b>		Pág. 1/1		CAE N°: Fecha de Vto. de CAE:			
<small>Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación</small>							
							

Profesionales:

Psicología / Fonoaudiología / Terapia Ocupacional / Kinesiología / Psicopedagogía / Psicomotricidad / Estimulación Temprana / Neurorehabilitación.

### FACTURA MODELO – MÓDULOS DE REHABILITACIÓN

ORIGINAL							
Razón Social:				<b>FACTURA</b>			
				Punto de Venta: 00C		Comp. Nro: 00000	
Domicilio Comercial:				Fecha de Emisión:			
Condición frente al IVA:				CUIT:			
				Ingresos Brutos:			
				Fecha de Inicio de Actividades:			
Período Facturado Desde: 01/08/2018		Hasta: 31/08/2018		Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018			
CUIT:				Apellido y Nombre / Razón Social:			
Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto		Domicilio:					
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	Imp. Total	Imp. Bont.	Subtotal
	HONORARIOS PROFESIONALES POR PRESTACIÓN DE <b>MÓDULO</b> <b>INTEGRAL SIMPLE O</b> <b>MÓDULO INTEGRAL</b> <b>INTENSIVO (SEGÚN</b> <b>CORRESPONDA)</b>  8 SES. DE PSICOLOGÍA – 4 SES. DE KINESIOLOGÍA – 4 SES. DE FONOAUDIOLOGÍA.  <b>AFILIADO:</b> ..... <b>D.N.I.:</b> .....  <b>AGOSTO 2018</b>	4		\$4166			\$16664
						Subtotal: \$	16.664,00
						Importe Otros Tributos: \$	0,00
						<b>Importe Total: \$</b>	<b>16.664,00</b>



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°:

Fecha de Vto. de CAE:

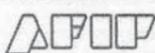
Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación



Profesionales:

Psicología / Fonoaudiología / Terapia Ocupacional / Kinesiología / Psicopedagogía / Psicomotricidad / Estimulación Temprana / Neurorehabilitación.

### FACTURA MODELO – REHABILITACIÓN

ORIGINAL							
Razón Social: Domicilio Comercial: Condición frente al IVA:		<b>C</b> COD. 11		<b>FACTURA</b>			
		Punto de Venta: Fecha de Emisión: CUIT: Ingresos Brutos: Fecha de Inicio de Actividades:		Comp. Nro:			
Período Facturado Desde: 01/08/2018		Hasta: 31/08/2018		Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018			
CUIT: _____		Apellido y Nombre / Razón Social: _____					
Condición frente al IVA: IVA Responsable inscripto		Domicilio: _____					
Condición de venta: Cuenta Corriente							
Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
	HONORARIOS CORRESPONDIENTES POR SESIONES DE PSICOLOGÍA.  AGOSTO 2018  AFILIADO: ..... D.N.I.: .....	4	unidades	\$475	0,00	0,00	" "
Subtotal: \$							" "
Importe Otros Tributos: \$							0,00
Importe Total: \$							" "
		<b>Comprobante Autorizado</b>		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							
							

**FACTURA MODELO – TRANSPORTE**

MODELO DE CONFECCION DE FACTURA			
<b>Transporte</b>		<b>FACTURA</b>	
Razón Social:		Punto de Venta:	Comp. Nro:
Domicilio Comercial:		Fecha de Emisión:	
Condición frente al IVA:		CUIT:	Ingresos Brutos:
			Fecha de Inicio de Actividades:
Período Facturado Desde: 01/11/2017		Hasta: 30/11/2017	
Fecha de Vto. para el pago:			
CUIT:		Apellido y Nombre / Razón Social:	
Condición frente al IVA:	IVA Responsable Inscripto	Domicilio Comercial:	
Condición de venta: Cheque			

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. medida	Precio Unit.	% Bonif	Subtotal	Alícuota IVA	Subtotal c/IVA
	Nombre y Apellido - DNI Período: Noviembre 2017 Partida: ..... C.A.B.A Destino: ..... C.A.B.A Beneficiario con Dependencia: .....	453,60	km	16,24	0,00	7366,46	No gravado	7366,46
	2 viajes por día 21 días al mes 42 viajes mensuales Cant.de km recorrido por viaje: 10,8km Cant.de km recorrido diario: 21,6km Cant.de km recorrido mensual: 453,6 km  Valor del km :\$16,24 Valor diario: \$350,78 Resol.2133-E/2017							

Otros Tributos					
Descripción	Detalle	Alícuota %	Importe		
Per./Ret. de Impuesto a las Ganancias			0,00	<b>Importe Neto No Gravado: \$</b>	<b>7366,46</b>
Per./Ret. de IVA			0,00		
Per./Ret. Ingresos Brutos			0,00		
Impuestos Internos			0,00		
Impuestos Municipales			0,00		
	Importe Otros Tributos: \$		0,00		
				IVA 27%: \$	0,00
				IVA 21%: \$	0,00
				IVA 10.5%: \$	0,00
				IVA 5%: \$	0,00
				IVA 2.5%: \$	0,00
				IVA 0%: \$	0,00
				Importe Otros Tributos: \$	0,00
				<b>Importe Total: \$</b>	<b>7366,46</b>

**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

● *Modelo de Recibo*

<p style="font-size: 24pt; font-weight: bold; text-align: center;">DATOS PRESTADOR</p>	<p style="font-size: 36pt; font-weight: bold;">X</p> <p style="font-size: 8pt;">DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO FACTURA</p>	<p style="font-size: 18pt; font-weight: bold;">RECIBO</p> <p>Nº 001-</p> <p>FECHA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>CUIT Nº ING. BRUTOS FECHA INICIO ACTIVIDADES</p>	
<p>SEÑOR: _____</p> <p>DOMICILIO: _____</p>			
<p>IVA: Resp. Inscripto <input checked="" type="checkbox"/> Monotributo <input type="checkbox"/>                  Exento <input type="checkbox"/> No. Resp <input type="checkbox"/> Cons.Final <input type="checkbox"/></p>		<p>C.U.I.T. _____</p>	
CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
	<p style="font-size: 14pt;">Por Prestaciones de Discapacidad</p>		
<p>DATOS DE IMPRENTA Y DE AFIP</p>			<p>TOTAL</p>