



OBRA SOCIAL DE OBREROS EMPACADORES DE FRUTA DE RIO NEGRO Y NEUQUEN

R.N.O.S. 1-0670-8

Menguelle 130

☎(0299) 4782274

(8324) Cipolletti (R.N)

MANUAL DE PROCEDIMIENTO - DISCAPACIDAD 2023

Liquidación de Subsidios por Discapacidad 2023

ANEXOS

3.1 Planilla de Ingreso de Facturación

Ingreso N°.....

Prestador N°: Razón Social:

Teléfono de contacto: Mail:

N°	Tipo y Letra de comprobante	Beneficiario	Periodo	Importe

Cantidad de comprobantes:

Orden:

1er. Juego: Factura + Constancia de Asistencia (originales abrochadas)

2do. Juego: Factura + Constancia de Asistencia (fotocopias abrochadas)

3er. Juego: Factura ORIGINAL en Papel A4 (copia sin abrochar)

Además debe presentar Constancia de AFIP + Planilla de información bancaria

A los efectos de agilizar su atención, rogamos concurrir con esta Planilla de Ingreso ya confeccionada por duplicado

3.2 Planilla de Asistencia Mensual – Prestaciones por hora / sesiones (Terapias / Estimulación Temprana / Maestro de Apoyo valor hora)

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel ()......

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Fecha dd/mm/aa	Horario	Cantidad de sesiones	Firma Profesional	Firma del paciente o responsable

Profesional	Paciente o responsable
Firma	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
Matricula	DNI
	Vínculo

3.3 Planilla de Asistencia Mensual – Instituciones

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel()......

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación:.....

Turno (mañana/tarde/doble):

Periodo (mes y año):.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

- * Se marcará con una P (Presente) las asistencias
- * Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias
- * S (Sábados) / D (Domingos) / F (Feriado) / J (Jornada)

Y toda aclaración que considere pertinente

.....

.....

.....

Prestador	Paciente o responsable
Firma del responsable de la institución	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
Sello de la institución	Vínculo

3.4 Planilla de Asistencia Mensual - Apoyo a la Integración Escolar

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel ().....

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Carga horaria mensual: hs, de acuerdo al siguiente detalle (*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(*) Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario), Ej.: 4 hs no de 8.00 a 12.00 hs

Lugar donde se realiza la integración:.....

Turno (mañana/tarde/doble):

Prestador		Paciente o responsable
Firma del responsable de la institución	Firma del profesional que realiza la integración	Firma
Sello o Aclaración	Sello o Aclaración	Aclaración
		DNI
Sello de la institución		Vínculo

3.5 Planilla de Asistencia Mensual - Maestro de Apoyo (valor módulo)

Prestador:.....

Domicilio:.....

Correo Electrónico.....Tel ().....

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Carga horaria mensual:..... hs, de acuerdo al siguiente detalle (*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(*) Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario), Ej: 4 hs no de 8.00 a 12.00 hs

Lugar donde se realiza la integración:.....

Turno (mañana/tarde/doble):

Prestador	Paciente o responsable
Firma del profesional que realiza la integración	Firma
	Aclaración
Sello o Aclaración	DNI
	Vínculo

3.6 PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL - TRANSPORTE

Prestador:.....
 Domicilio:.....
 Correo Electrónico.....Tel ()
 Apellido y Nombre del beneficiario:
 DNI:
 Prestación: Transporte a
 (Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o razón social de la
 institución) Período (mes y año).....

Ida:

Desde.....
 Hasta.....
 Km por viaje.....Cantidad de viajes mensuales

Vuelta:

Desde.....
 Hasta:.....
 Km por viajeCantidad de viajes mensuales

Total Km por día: **Cantidad de días/mes:**

Total Km mensuales:.....

Prestador	Paciente o responsable
Firma	Firma
Sello o Aclaración	Aclaración
	DNI
	Vínculo

3.7 INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL COBRO DE FACTURACIONES

Razón Social o Nombre y Apellido del Prestador:.....

Nro. De CUIT (coincidente con la facturación):.....

Nro. De Cuenta Corriente o Caja de Ahorro:

Banco:

CBU (correspondiente al CUIT de la facturación):

Dirección De Mail De Contacto:

Firma:.....

Aclaración:.....

Tipo y Nro. De Documento:.....

Fecha:.....

.....
RECUERDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO O ADJUNTAR EL COMPROBANTE DE CBU IMPRESO DEL
BANCO, ATENTO QUE EL UNICO MEDIO DE PAGO SERÁ LA **TRANSFERENCIA BANCARIA**.