



INSTRUCTIVO INSTITUCION 2025

Estimado prestador, por favor lea atentamente el instructivo de facturación/cobranza y ante alguna duda, por favor comuníquese al teléfono del sector correspondiente

AREA CONTABLE/PAGOS (Tel.4958-2002 int.144 / 121)

La documentación administrativa-contable e impositiva deberá enviarse al sector Contable, a saber: C.B.U certificada, cambios de C.B.U., modificaciones en la condición impositiva (ejemplo: cambio de responsable Inscripto a Monotributo o viceversa) y Certificados de Exención en Ganancias, deberán remitirse directamente al correo: contable@ososs.com.ar

La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP, por esa razón todos los proveedores y/o profesionales deben encontrarse activos y sin inconvenientes en la Constancia de AFIP. La misma debe ser entregada con la primera factura presentada del año en curso.

Lo mismo, para el caso de nuevos prestadores: Constancia de inscripción de AFIP e Ingresos Brutos y Exenciones Impositivas (en caso de corresponder).

Para consultas de pagos, solicitarlo al correo pagoprestadores@ososs.com.ar indicando Nro. CUIT, razón social, numero de factura y periodo

Las mismas se abonarán, de acuerdo con el giro de Fondos basado en el calendario de Pagos establecido por la Superintendencia de Servicios de Salud, del cual la Obra Social no tiene ningún tipo de intervención, dado que solamente somos intermediarios entre dicho organismo y los prestadores.

*Tener en cuenta que deberá presentar **un Recibo "X" con firma y sello por cada factura liquidada**, dentro de los 30 días de recibida la transferencia, ya que deberá ser presentado en la rendición de fondos, requisito de la **Superintendencia de Servicios de Salud**.*

AREA FACTURACION (Tel.4958-2002 int.131)

Enviar facturas y planillas de asistencia al correo: liquidaciones@ososs.com.ar entre el día 1 y 10 de cada mes. Lo recibido posterior a esas fechas pasará a ser procesado el mes siguiente, pudiendo presentar SOLO las facturas del mes vencido y/o las correspondientes hasta 2 meses anteriores. Ejemplo: 1 al 10 de enero, SOLO se reciben facturas de Oct-Nov y Dic. **SIN EXCEPCIÓN**

Motivos frecuentes de rechazo de facturas:

Error u omisión de los datos, DNI del beneficiario, categoría de la institución, periodo, etc.; falta de la planilla de asistencia, firmas, planillas vigentes del año en curso 2025

LAS FACTURAS DEBERAN CONTENER:

- Fecha de emisión (posterior al mes de prestación)
- Estar extendidas a nombre de: **Obra Social para el Personal de Obras y Servicios Sanitarios (O.S.O.S.S.)**, domicilio: Avellaneda 212 CABA, CUIT: 30-68264255-2, condición IVA: responsable Inscripto. Tener en cuenta la condición de servicios que son exentos de IVA - (RUBRO SALUD NO CORRESPONDE DISCRIMINAR EL IVA)
- Detalle: Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario
- Período facturado (mes y año facturado).
- Prestación brindada, (según autorización), Categoría (A-B-C) en caso de Institución.
- Cantidad Tipo de JORNADA, **No podrá facturar más de lo autorizado por el sector Servicio Social, según presupuesto autorizado**
- Importe unitario (valor por sesión o del módulo).
- Importe total.
- Nro. de C.A.E. preimpreso (INDISPENSABLE)
- Solo se recibirán las facturas presentadas con la correspondiente planilla de asistencia (vigente 2025) – **Ver planilla de asistencia requisitos**
- La facturación debe ser mensual. Las prestaciones deben ser de un sólo período (mes).
- No se aceptará en la misma factura distintos beneficiarios.

ACTUALIZACION DEL NOMENCLADOR

Es responsabilidad del prestador informarse de la actualización de los valores. Dichas actualizaciones tendrán vigencia a partir de la fecha publicada en BOLETIN OFICIAL - RESOLUCION CONJUNTA x/ xxxx. (NO ANTES). A partir de la publicación NO SE RECIBIRAN facturas con valor desactualizado. Sin embargo, si usted presentó la factura con fecha anterior a la del boletín, podrá presentar una factura por la diferencia.

La factura por la diferencia deberá tener todos los mismos datos que la factura anterior (PRESTACION, PERIODO, NOMBRE Y DNI AFILIADO, CANT. SESIONES / KILOMETROS

Y será por la diferencia entre el valor con aumento y el anterior. NO deberá presentar planilla de asistencia.

PLANILLA DE ASISTENCIA – REQUISITO OBLIGATORIO

Junto a la factura debe enviarse la planilla de asistencia mensual, **vigente 2025** únicamente en formato PDF y en carácter de DDJJ. Este formulario deberá completarse en birome azul, con todas sus firmas en manuscrito y sellos originales; tanto de familiar responsable y prestador, instituciones, etc. **-TODO EN BIROME AZUL-** Se deja constancia de que no se aceptaran firmas copiadas, escaneadas, digitales, ni imágenes pegadas en la documentación, como así tampoco presentar tachaduras, sobrescritos corrector ni distintos colores de lapicera, para auditar correctamente el consentimiento de los afiliados.

Los presentes requisitos son solicitados por nuestro equipo interdisciplinario, como parte de la auditoría prestacional que se encuentra entre nuestras competencias, con el fin de evaluar el tratamiento de nuestros afiliados, como así también la obra social podrá requerir la presentación de los originales

Por dicho motivo, es de carácter obligatorio para la correcta liquidación de la facturación cumplir con los requisitos mencionados.

Asimismo, informamos que la presentación seguirá siendo por los medios habituales, es decir por correo electrónico únicamente a la dirección liquidaciones@ososs.com.ar o puede presentar los originales por nuestra mesa de entrada en la Obra social (**es una de esas opciones, NO AMBAS**)

EN CASO DE NO CONTENER LOS DATOS MENCIONADOS, LA FACTURA SE RECHAZARÁ

Se notificara mediante e-mail a su casilla de correo. La NO corrección del rechazo en tiempo y forma implica una demora y no será reconocido por la obra social, la factura debe estar completa de acuerdo lo que se detalló anteriormente, si falta documentación la factura no será ingresada y tendrá fecha de entrada cuando se complete dicha documentación.

AREA INFORMES – SERV.SOCIAL (Tel.4958-2002 int.145)

DEBERA PRESENTAR INFORME SEMESTRAL, FIRMADO Y SELLADO, dirigido a la obra social, nombre y apellido del afiliado, DNI, prestación y periodo/año. ENVIAR al correo serviciosocial@ososs.com.ar

NOTA: POR FAVOR ENVIE LA DOCUMENTACION A LAS DIRECCIONES DE CORREO INDICADAS, A FINES DE EVITAR DEMORAS