

PRESTADOR:

RAZÓN SOCIAL:

Nº CUIT:

TELÉFONO DE CONTACTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

FORMA DE PAGO POR DEPÓSITO BANCARIO

BANCO:

SUCURSAL:

TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA:

TIPO DE CUENTA:

Nº DE CUENTA:

MONEDA:

Nº CBU:

ALIAS CBU:

INFORMACION PARA LA CONFECCION DE LA FACTURA

Deberá cumplir lo establecido en la Resolución General Nº 3419 (DGI), sus modificatorias y complementarias.

Para presentar las facturas Tipo B o C, los comprobantes deberán contener:

FECHA.

DATOS DE DAS: SEÑORES: DIRECCIÓN DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL
CONGRESO DE LA NACIÓN.
DOMICILIO: ADOLFO ALSINA 1825 CABA (CP 1090)

IVA: EXENTO

CUIT: 30-54669846-3

DETALLE: Se deberá especificar el producto y/o servicio, beneficiario y N° alta de beneficio.

Deberá contener **CAI si es factura manual** (Si el **CAI este vencido** se deberá ver que la fecha de emisión de la factura sea anterior al vencimiento. Si el talonario **NO contiene el CAI** deberá adjuntar la constancia de los comprobantes en existencia informados según la RG 3704/15).

https://www.afip.gob.ar/genericos/guiavirtual/consultas_detalle.aspx?id=19114324

Deberá contener **CAE si es factura electrónica.**

Los prestadores que presenten facturas y/o recibos deberán tener sus impuestos activos y en las condiciones que establecen los organismos de control y recaudación (AFIP, AGIP, ETC), ya que la Dirección de Ayuda Social (DAS) está obligada a realizar controles antes de realizar cualquier pago.

Por Impuesto a los Ingresos Brutos, dado que DAS es agente de retención en el ámbito de CABA, deberá aclarar en el concepto facturado en qué jurisdicción realizó la prestación.

Por consultas podrá comunicarse con la Subdirección Técnico Impositivo al teléfono 0810-222-0317 int. 14.

REQUERIMIENTO DOCUMENTACION

• **Escuelas Especiales y Centros de Educación Especial**

1. Factura del mes correspondiente a la prestación efectuada.
2. Copia del alta de beneficio de la prestación.
3. Constancia de concurrencia compatible con el mes facturado con firma y sello de la autoridad competente.

• **Prestaciones de Apoyo**

1. Factura del mes correspondiente a la prestación efectuada.
2. Copia del alta de beneficio de la prestación.
3. Planilla de asistencia, detallando fecha, hora, conformidad del afiliado/padre/madre o tutor y sello y firma del profesional actuante.

Por consultas podrá comunicarse con la Dirección Prestaciones I y II Nivel al teléfono 011-4372-2314/011-4384-6573.

Declaro que los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a anexar un **comprobante CBU y ante una modificación de la información detallada en este documento notificar al Centro de Atención Personalizada al 0810-222-0317 int. 30 o vía correo electrónico a cadif.das@das.gob.ar**

FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO:

FECHA: