

**PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
FACTURACIÓN PRESTADOR NO CONVENIDO  
PLANILLA DE DATOS**

**PRESTADOR:**

**RAZÓN SOCIAL:**

**N° CUIT:**

**TELÉFONO DE CONTACTO:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**FORMA DE PAGO POR DEPOSITO BANCARIO**

**BANCO:**

**SUCURSAL:**

**TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA:**

**ALIAS CBU:**

**TIPO DE CUENTA:**

**N° DE CUENTA:**

**MONEDA:**

**N° CBU:**

**INFORMACION PARA LA CONFECCION DE LA FACTURA**

**Deberá cumplir lo establecido en la Resolución General N° 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.

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](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 y Centros de Educación Especial**

1. Factura del mes correspondiente a las prestaciones efectuadas.
2. Copia del voucher de autorización de la prestación.
3. Constancia de concurrencia compatible con el mes facturado con firma y sello de la autoridad competente.
4. Informe evolutivo del afiliado con una frecuencia semestral.

• **Prestaciones de Apoyo**

1. Factura del mes correspondiente a las prestaciones efectuadas.
2. Copia del voucher de autorización de la prestación.
3. Planilla de asistencia, detallando fecha, 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 011-4372-0956/2314

**Declaro que los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar algunos de ellos y a anexar un comprobante CBU a este documento para cumplimentar con la documentación bancaria.**

FIRMA, ACLARACIÓN Y SELLO:

FECHA: