

REQUISITOS DE FACTURACIÓN HOGARES Y CENTROS

Se informa la modalidad de la confección de la factura:

- DESTINATARIO: **IOMA-Incluir Salud**
- DOMICILIO: **CALLE 46 n° 886**
- CUIT: **30-62824952-7.**
- CONDICION DE IVA. EXENTO.
- PERIODO FACTURADO.
- MONTO UNITARIO EN NÚMEROS.
- MONTO TOTAL EN NÚMEROS.
- MONTO TOTAL EN LETRAS.
- CONCEPTO FACTURADO.

- AFIP:**
- ADJUNTAR CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN, EXENCIONES DE IMPUESTOS DE CORRESPONDER Y CONSTANCIA DE VALIDÉZ DE COMPROBANTES.
- TENER PRESENTE OBLIGATORIEDAD Y PLAZOS PARA EMISIÓN DE FACTURAS ELECTRÓNICAS SEGÚN RG 4290/18 Y 4291/18 CONTROLADORES FISCALES HOMOLOGADOS.
- INGRESOS BRUTOS:**
- CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN INGRESOS BRUTOS Y EXENCIÓN DE CORRESPONDER.
- SI ESTUVIERA INSCRIPTO EN CONVENIO MULTILATERAL, PRESENTAR LA CONSTANCIA DE INSCRIPCION Y CM 05 ACTUALIZADO.

- PRESENTAR POR ÚNICA VEZ CBU DE LA CUENTA BANCO PROVINCIA CERTIFICADA POR EL BANCO y **TELÉFONO Y MAIL DE CONTACTO.**

LAS FACTURAS NO DEBEN TENER ENMIENDAS, TACHADURAS O CAMBIOS DE TINTA.

Las mismas deben ser presentadas de la siguiente forma:

- ORIGINAL CON FIRMA Y SELLO.
- 1 COPIA FACTURA CON LA FIRMA Y SELLO EN ORIGINAL.
- 1 COPIAS DEL ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL BENEFICIARIO
- 1 COPIAS DEL DNI.
- PLANILLA DE ASISTENCIA **ORIGINAL** CON FIRMA Y SELLO DEL **PROFESIONAL TRATANTE**, Y CON CONFORMIDAD DE BENEFICIARIO, PADRE O TUTOR (FIRMA – ACLARACION - DNI Y GRADO DE PARENTESCO)
- CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE CONCORRE
- COPIA DEL ACTA DE AUTORIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN**
- COPIA DEL CONVENIO FIRMADO CON LA UGP**

La facturación deberá ser presentada entre el 1º al 10 de cada mes en calle 35 N° 613 entre 7 y 8

Horario: 8.00 a 14.00 hs.

Consultas facturación

incluisalud.facturacion@gmail.com