

Requisitos de Facturación

INTERNACIÓN DOMICILIARIA

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.
- ORDEN DE COMPRA
- 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.
 - 2 COPIAS DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES DEL BENEFICIARIO O CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA ACTUALIZADO
 - 2 COPIAS DE DNI DEL BENEFICIARIO.
- PLANILA ORIGINAL DE ASISTENCIA DIARIA DE CADA PROFESIONAL Y 1 COPIA. DICHAS PLANILLAS DEBEN CONTAR CON:
1. nombre, apellido y nº de beneficiario
 2. tipo de prestación
 3. grilla con los días, mes y año en que se confecciono
 4. horario de entrada y salida en cada día
 5. firma y sello del profesional en cada uno de los días que atendió al beneficiario
 6. firma, aclaración y DNI del beneficiario responsable en cada uno de los días firmados por el profesional.
- REMITO ORIGINAL Y COPIA DE ENTREGA DE LOS INSUMOS ENTREGADOS EL MES CORRESPONDIENTE A LA FACTURA, CON FIRMA, ACLARACION Y DNI DEL BENEFICIARIO O RESPONSABLE Y FIRMA DEL PRESTADOR.
 - REMITO ORIGINAL Y COPIA DE ENTREGA DE LA APARATOLOGIA CON FIRMA, ACLARACION Y DNI DEL BENEFICIARIO RESPONSABLE. ESTE REMITO SE RENOVARA MENSUALMENTE, AUN CUANDO LOS APARATOS SE ENTREGUEN UNA SOLA VEZ.
 - EVOLUCION MENSUAL (SIN COPIA) DEL BENEFICIARIO, DETALLANDO DIAGNOSTICO, ESTADO DE SALUD Y REQUERIMIENTOS ACTUALIZADOS MENSUALMENTE
 - ORDEN DE COMPRA

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

incluirsalud.facturacion@gmail.com