



## **TRANSPORTES 2026**

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

FACTURACION -Tel. 4958 2002 Int. 131 / 145

Las facturas se reciben del 1 al 10 de cada mes, en formato PDF emitida por ARCA, lo recibido posterior al día 10 pasará a ser procesado el mes siguiente, pudiendo presentar SOLO las 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 2026

### REQUISITOS FACTURACION

- 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.)**, Avellaneda 212 CABA, CUIT: 30-68264255-2, Condición IVA: responsable Inscripto. Tener en cuenta que la condición de servicios son exentos de IVA - (RUBRO SALUD NO CORRESPONDE DISCRIMINAR EL IVA)

- Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario.
- Período facturado (mes y año facturado).
- Punto de partida y destino.
- Prestación brindada (transporte a escuela, psicología, centro educativo, etc. según autorización)
- Cantidad de viajes por día
- Cantidad de viajes por mes
- Km recorrido por viaje
- Km totales por mes
- Valor del cada km \$
- Total del valor en \$ por mes.
- Indicar si corresponde dependencia (35%).
- Importe total
- N° de C.A.E. preimpreso (INDISPENSABLE)

**\*\* PARA VALORES CON DEPENDENCIA \*\***

De acuerdo con lo informado por la S.S. Salud, el importe con dependencia es un porcentaje (35%) del valor total, y **no corresponde aplicarlo sobre el valor unitario del km redondeando los decimales.**

Ejemplo: se deben facturar los kilómetros por \$733,73 ( $200 \text{ km} \times 160,87 = 146.746,00 + 35\%$ ) y a ese número multiplicarlo por el 35 % = 197.107,10

Otra opción es tomar el valor del kilómetro 160,87 más la dependencia a 217,175 (USANDO 3 DECIMALES)

**\*\* IMPORTANTE \*\***

**EN CUANTO A EL TOTAL DE LOS KILOMETROS MENSUALES QUE NO FUERAN NUMEROS ENTEROS Y TUVIERAN DECIMALES, CORRESPONDE FACTURAR DE LA SIGUIENTE MANERA:**

1) Cuando el **total de kilómetros mensual** diera CON LOS SIGUIENTES DECIMALES

0,50/0,60/0,70/0,80/0,90, el número deberá **redondearse hacia arriba**.

EJEMPLO

13,30 KM POR DIA x 19 DIAS

**TOTAL 252.7 km mensuales** corresponde facturar 253KM

*Este punto podrá usarse únicamente si en el presupuesto presentado, la cantidad total por mes también usted redondeo hacia arriba los decimales, ya que se toma como cantidad máxima lo presupuestado.*

*Ejemplo: Si en lo presupuestado la cantidad total de km mensuales 252,70 No podrá redondear a 253 km.*

2) Cuando el total de kilómetros mensual de sin decimales, **el valor queda igual**.

EJEMPLO

KM POR DIA x 20 DIAS

**TOTAL 266 km mensual**

13,30

3) En el caso que **el total de kilómetros mensuales** diera CON LOS SIGUIENTES DECIMALES 0,10 / 0,20 / 0,30 / 0,40, el número deberá **redondearse hacia abajo**.

EJEMPLO

KM POR DIA X 17 DIAS

**226.10 km mensuales** corresponde facturar 226 Km

13,30

Junto a la factura debe enviarse la planilla de asistencia mensual vigente 2026, únicamente en formato PDF. Este formulario deberá completarse en birome azul y estar firmada de puño y letra, todo en birome azul

## REQUISITOS PLANILLA DE ASISTENCIA

**REQUISITO OBLIGATORIO:** La planilla de asistencia será el formulario **vigente 2026**, 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**-

**IMPORTANTE:** SE DEJA CONSTANCIA QUE NO SE ACEPTARAN FIRMAS COPIADAS, ESCANEADAS, DIGITALES, NI IMÁGENES PEGADAS EN LA DOCUMENTACION, COMO ASI TAMPOCO PRESENTAR TACHADURAS, SOBRESCRITOS, CORRECTOR NI DISTINTOS COLORES DE LAPICERA, PARA AUDITAR CORRECTAMENTE EL CONSENTIMIENTO DE LOS AFILIADOS.

Deberá presentar Certificado de ALUMNO REGULAR de la escuela común (cada 6 meses)

Planilla de asistencia mensual en carácter de declaración jurada, debe estar firmada por el centro y la familia siempre en birome azul (sin necesidad de la firma del directivo del colegio), (debe enviar el nuevo formulario 2026)

*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*

Es de carácter obligatorio para la correcta liquidación de la facturación cumplir con los requisitos mencionados, caso contrario la factura se rechazará al mismo mail del que fue enviado 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

Asimismo, informamos que la presentación seguirá siendo por los medios habituales, es decir por correo electrónico únicamente a la dirección [liquidaciones@ososs.com.ar](mailto: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)

**SE RECUERDA:** NUESTRA DIRECCION DE EMAIL [liquidaciones@ososs.com.ar](mailto:liquidaciones@ososs.com.ar) ES EL UNICO MEDIO DE COMUNICACIÓN, TANTO PARA CORRECCIONES DE FACTURAS Y/O PLANILLAS DE ASISTENCIA POR FAVOR REVISE SU CASILLA DE EMAIL CON FRECUENCIA Y CORREO SPAM

También puede comunicarse a los Tel., 4958 2002 INT. 131/145

NOTA: NUESTRA DIRECCION DE EMAIL [LIQUIDACIONES@OSOSS.COM.AR](mailto:LIQUIDACIONES@OSOSS.COM.AR) ES EL UNICO MEDIO DE COMUNICACIÓN, TANTO PARA CORRECCIONES DE FACTURAS Y/O CORRECCION PLANILLAS DE ASISTENCIA

POR FAVOR REVISE SU CASILLA DE EMAIL CON FRECUENCIA

(TAMBIEN CORREO SPAM)

Sin embargo, puede comunicarse a los tel. 4958-2002 int. 131 / 145 si necesita consultar algo.

Liquidaciones – Discapacidad – Gcia. Médica