

# INCORPORACION DE PRESTADORES / PROVEEDORES

(Por favor, completar con letra imprenta mayúscula legible)

N° Prestador (uso interno)

## DATOS IDENTIFICATORIOS

CUIT Inicio de Actividades Delegación de Referencia

Razón Social / Apellido y Nombre

Actividad principal desarrollada (descripción)

Prestación que brindará

Bienes

Servicios

Locación

Otros (especificar)

(Marcar según corresponda, de acuerdo al tipo de actividad)

Condición de Pago

## DATOS DE CONTACTO

Contacto de referencia (Nombre y Sector)

Dirección de Correo Electrónico

Teléfono (con código de área)

Domicilio Legal Calle

Nro.

Piso

Dpto

Localidad

Cod. Postal

Provincia

Domicilio Comercial Calle

Nro.

Piso

Dpto

Localidad

Cod. Postal

Provincia

## DATOS BANCARIOS

Orden del Cheque

CBU

Alias CBU

Nro. Cuenta

Tipo Cuenta (Caja Ahorro / Cta.Cte.)

Sucursal

Banco

## DATOS IMPOSITIVOS NACIONALES

### A. Situación frente al Impuesto a las Ganancias.

Inscripto

No Inscripto

Monotributo

Exento

Sujeto No Alcanzado

**Régimen de Retención del Impuesto a las Ganancias Res. Gral. AFIP N° 830/00 modif. RG 4245.**

Corresponde Retención

No corresponde Retención (\*)

Motivo

(\*) Adjuntar copia de la constancia respaldatoria.

### B. Situación frente al IVA.

Inscripto

No Alcanzado

Monotributo

Exento

Agente de Retención

**Régimen de Retención del Impuesto al Valor Agregado Res. Gral. AFIP N° 18 (Res. Gral. 2226).**

Corresponde Retención

No corresponde Retención (\*)

Motivo

(\*) Adjuntar copia de la constancia respaldatoria.

### C. Sistema Único de Seguridad Social

Inscripto

No Inscripto

**Régimen de Contribuciones Patronales Res. Gral. AFIP N° 1784 - Res. Gral.**

Corresponde Retención

No corresponde Retención (\*)

Motivo

(\*) Adjuntar copia de la constancia respaldatoria.

**Se deberá acompañar copia de la constancia de exclusión de No Retención de IVA y/o Impuesto a las ganancias y Régimen de la Seguridad Social, en caso de corresponder.**

**DATOS IMPOSITIVOS PROVINCIALES**

Nº de Inscripción (adjuntar copia de la "Constancia de Inscripción").

Inscripto       Contribuyente Convenio Multilateral (\*)  
(\*) Adjuntar copia del CM 01 (Constancia de Inscripción) CM 02 y padrón web actualizado.  
 (\*) Adjuntar copia del CM 05 (Declaración Jurada Anual) con acuse de presentación.

No Inscripto       Contribuyente Local (\*) de la provincia de \_\_\_\_\_  
(\*) Adjuntar copia de la constancia de inscripción.

Exento       Inscripto (\*)  
(\*) Adjuntar copia de la Constancia o Resolución de la exención.

Sin Inscripción (\*)      Motivo: \_\_\_\_\_  
(\*) Adjuntar Copia de la Constancia o Resolución de la Exención.

**Régimenes de Retención sobre los Ingresos Brutos**

<input type="checkbox"/> Ciudad Autónoma de Buenos Aires <small>Res. Gral. Nº 533-SHyF-00- Res. Gral AGIP 251/08</small>	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Buenos Aires <small>(DPR Bs.As.) DN "b" 1/2004 y normas complementarias</small>	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Catamarca	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Chaco	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Chubut	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Córdoba	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Corrientes	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Entre Ríos	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Formosa	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Jujuy	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de La Pampa	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de La Rioja	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Mendoza	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Misiones	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Neuquén	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Río Negro	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Salta	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de San Juan	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de San Luis <small>(DPIP) Res. 15-DPIP-2000 y Normas complementarias</small>	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Santa Cruz	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Santa Fe	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Santiago del Estero	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Tierra del Fuego	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____
<input type="checkbox"/> Provincia de Tucumán	<input type="checkbox"/> Corresponde Retención	<input type="checkbox"/> No corresponde Retención (*)	% Coeficiente: _____

Motivo: \_\_\_\_\_  
(\*) Adjuntar copia de la Constancia de Exención y/o Exclusión otorgada por Rentas, Certificado de Disconformidad, etc.

Observaciones: \_\_\_\_\_

A los efectos de efectivizar la incorporación como prestador de la OSFATLYF, deberá acompañar al presente formulario la documentación que se indica al pie según sea su caso. **Adjuntando copia legible de todas las constancias que acrediten las inscripciones en los regímenes mencionados, así como las exenciones o exclusiones que pudiera poseer. Pudiendo utilizar el check list de la hoja siguiente para evitar la omisión de algún documento.**

Los datos consignados en el presente formulario son correctos y completos y se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad, por lo que cualquier modificación sobre los datos suministrados, nos comprometemos a informarles y remitir copia de los formularios respaldatorios a la brevedad.

Profesionales Médicos ó Licenciados:

- \* **Constancia de ARCA.**
- \* Constancia de inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud.
- \* Curriculum vitae.
- \* Fotocopia de título, frente y dorso.
- \* Matrícula, frente y dorso.
- \* Copia de DNI, frente y dorso.
- \* Seguro de mala praxis con el último recibo de pago.
- \* Dirección y teléfono del consultorio y, días y horarios de atención.
- \* Prestaciones que realiza y valores.

Instituciones:

- \* **Constancia de ARCA.**
- \* Constancia de inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud.
- \* Seguro de mala praxis con el último recibo de pago.
- \* Grilla de Prestaciones con aranceles en formato excel con inclusiones y exclusiones.
- \* En caso de contar con servicios de guardia, cuáles activas y cuáles pasivas.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración

\_\_\_\_\_  
Carácter

## LISTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTACION ADJUNTA

### ***Documentación Legal / Contable***

Constancia de Inscripción CUIT	<input type="checkbox"/>
Estatuto Social	<input type="checkbox"/>
Acta de Autoridades vigente	<input type="checkbox"/>
Inscripción Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud	<input type="checkbox"/>
Habilitación Ministerio de Salud	<input type="checkbox"/>
Seguro de Mala Práxis vigente -póliza y última constancia de pago- (Quedan exceptuados los Círculos, Colegios y Asociaciones)	<input type="checkbox"/>
Copia Documento de Identidad del o los Firmantes	<input type="checkbox"/>
Copia Inspección de Personas Jurídicas / Registro Público de Comercio	<input type="checkbox"/>

### ***En caso de Profesionales***

Título Profesional legalizado -ambas caras-	<input type="checkbox"/>
Matrícula Profesional habilitante	<input type="checkbox"/>

### ***En caso de Colegios, Círculos y Asociaciones***

Inscripción Registro Nacional de Prestadores de la SSS de los Profesionales adheridos	<input type="checkbox"/>
Seguro de Mala Práxis vigente -póliza y última constancia de pago- de los Profesionales adheridos	<input type="checkbox"/>