

**OSPACA**

Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

INSTRUCTIVO FACTURACIÓN PARA  
**PRESTADORES**  
de PRESTACIONES de DISCAPACIDAD  
ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN OCTUBRE 2025



# INSTRUCTIVO FACTURACIÓN PARA PRESTADORES

## NORMAS DE FACTURACIÓN DISCAPACIDAD 2026

Actualización (Octubre 2025)

OSPACA cuenta con un Portal Web exclusivo para **Proveedores de Prestaciones de Discapacidad** donde debe Obligatoriamente registrarse con un usuario y mail. En dicho portal debe cargar la facturación mensual, documentación respaldatoria, se realiza el seguimiento de las facturas, consulta de pagos disponibles, transferencias realizadas o facturas rechazadas, entre otras funcionalidades.

Recuerde que las notificaciones se realizan **AUTOMÁTICAMENTE** a través del correo electrónico, si ud quiere efectuar una consulta **NO DEBE** contestar el mail, sino ingresar con su **CUIT** y **Clave** al Portal Web y desde allí efectuar la consulta.

**MUY IMPORTANTE:** El prestador debe tener su documentación actualizada (habilitaciones, RNP, Licencia de conducir, VTV, recibos cancelatorios, etc) correspondiente a la prestación brindada, caso contrario **EL PORTAL SERÁ BLOQUEADO AUTOMÁTICAMENTE Y NO PODRÁ GESTIONAR SU FACTURACIÓN Y/O RECHAZOS.**

## DUDAS O CONSULTAS

- El seguimiento deberán realizarlo a través del **PORTAL WEB** de **PROVEEDORES** ingresando su **CUIT**, usuario y contraseña previamente creados.
- Desde el mismo portal puede realizar una consulta de **FACTURACION** ingresando la opción: **FACTURACIÓN DISCAPACIDAD CONSULTA.**
- Para realizar una consulta por Facturas Rechazadas debe ingresar la opción: **FACTURA DISCAPACIDAD RECHAZO.**

---

Acceso al Portal Web de Proveedores e información periódica referente a la facturación, ingrese a **[WWW.OSPACA.COM](http://WWW.OSPACA.COM)** y **seleccione del menú INFORMACIÓN - PROVEEDORES - PORTAL WEB DE PROVEEDORES**

---

## REQUERIMIENTOS EN FACTURA

- *Sólo se aceptan Facturas A o C digitales. No corresponde discriminar IVA, tampoco Ingresos Brutos.*
- *A partir del 01/10/2024 se procederá a retener el Impuesto a las Ganancias e Ingresos Brutos a aquellos proveedores que lo tributen.*
- *Sólo se autorizan las facturas presentadas con la correspondiente Planilla de Asistencia Presencial (Reglamentación desde Enero 2022). SIN EXCEPCIÓN (usar modelos adjuntos).*
- *La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP, por esa razón todos los proveedores y/o profesionales deben encontrarse activos y sin inconvenientes en la Constancia de AFIP.*
- *La facturación debe ser mensual. Las prestaciones deben ser de un sólo período (mes).*
- *No se aceptará en la misma factura distintos beneficiarios.*
- *No se aceptará escritura en lápiz, enmiendas, tachaduras, o cambio de tinta. SIN EXCEPCIÓN.*

## FACTURACIÓN TRANSPORTE

En caso que el prestador facture traslados a dos prestaciones del mismo afiliado (Ejemplo: ESCOLARIDAD, REHABILITACIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL), indicar la prestación de destino, tal como figura en la **nota de autorización**.

Ejemplo: si tiene traslados autorizados a TERAPIA OCUPACIONAL y a ESCOLARIDAD, REHABILITACIÓN, en factura especificar dicha prestación.

Para el **Caso de TRANSPORTE** deberá tener en cuenta que se solicita además de lo mencionado anteriormente:

- *Prestación de Destino (Por ejemplo: ESCUELA, CET, REHABILITACION, PSICOLOGÍA, MUSICOTERAPIA, etc.)*
- *Partida Desde y Hasta, que coincida con lo facturado.*

## PROCEDIMIENTOS

### PRESENTACIÓN DE FACTURAS

La carga de facturas está habilitada **ÚNICAMENTE del 1 al 10 de cada mes**, pudiendo presentar SÓLO las correspondientes a 3 meses anteriores. Ejemplo: 1 al 10 de Febrero, SÓLO se permite cargar facturas de Nov, Dic y Enero. **SIN EXCEPCIÓN**.

Los Proveedores deberán adjuntar a la Factura, únicamente el Modelo de **Planilla de Asistencia Mensual**, que corresponde a la prestación brindada, que encontrarán cargado en el Portal Web, o adjuntas al final de este Instructivo (*Verificar información para completarlas en pág 5*). Dicha Planilla deberá ser presentada con toda la información completa.

## RECHAZO DE FACTURAS

### COMUNICACIÓN DE FACTURAS RECHAZADAS

- La notificación que su factura ha sido rechazada se realiza por correo electrónico, si ud. quiere efectuar una consulta NO DEBE contestar el mail, sino ingresar con su Usuario y Clave al Portal Web y desde allí efectuar la consulta.
- Para realizar una consulta por Facturas Rechazadas debe ingresar la opción: **FACTURA DISCAPACIDAD RECHAZO**.
- Es importante que el prestador chequee su PORTAL WEB periódicamente.

### REEMPLAZO FACTURAS RECHAZADAS

- Si su factura fue RECHAZADA y ud. debe enviar una nueva factura o cualquier otra documentación para solucionar el rechazo debe hacerlo a través del PORTAL WEB DE PROVEEDORES, antes que el período entre en vencimiento.
- Las facturas que reemplazan a una rechazada, se pueden subir al portal durante todo el mes, es decir del 01 al 30 ó 31, según corresponda. (Siempre y cuando el mes facturado se encuentre dentro del PERÍODO MÁXIMO para REEMPLAZARLA).
- Recuerde que OSPACA NO envía mail confirmando recepción de las facturas, **Ud. debe realizar el seguimiento a través del PORTAL WEB de PROVEEDORES**.

### PERÍODO MÁXIMO PARA REEMPLAZAR UNA FACTURA RECHAZADA

- La presentación y/o corrección de facturas rechazadas se debe realizar dentro de los 3 meses posteriores al período facturado. Ej: Se rechazó mi factura del período diciembre, tengo hasta el día 20 de Marzo para subir mi factura corregida.
- Es decir: Una vez cargada la factura mensual, ésta será auditada. En caso de ser rechazada, tendrá 60 días para su corrección, luego de este período quedará fuera de termino. Estos 60 días se calculan desde el RECHAZO de la Factura, no desde el mes de carga en el portal. Ej: Si tengo la factura rechazada del período diciembre, que la presenté en enero, tengo los meses de enero, febrero y marzo para su corrección, luego en abril quedará fuera de termino.

## PRESENTACIÓN DE RECIBOS CANCELATORIOS

- Una vez percibido el pago deberán presentar **OBLIGATORIAMENTE** los recibos cancelatorios correspondientes.
- En caso de que el tipo de factura emitida haya sido "A", el recibo que la cancele debe ser "Recibo A" o "Recibo X", sin excepción.
- En caso de que el tipo de factura emitida haya sido "C" el recibo que la cancele debe ser "Recibo X", "Recibos C" o se puede utilizar la nota "Recibo Cancelatorio" (ver modelo adjunto).

- *Todo recibo cancelatorio debe poseer número de factura que cancela y el monto de la misma. En caso de cancelar más de una factura con el mismo recibo, se debe detallar cada factura y el monto individual de cada una.*
- *Debe presentar un recibo por Beneficiario.*
- *La confección del recibo no debe tener errores, tachaduras ni enmiendas o cambio de tinta.*

## DATOS INDISPENSABLES

### LAS FACTURAS DEBERÁN CONTENER:

- *Fecha de emisión (posterior al mes de prestación).*
- *Estar extendidas a nombre de: OSPACA (Obra Social del Personal del ACA).*
- *Domicilio: T. M. Anchorena 641, CABA, CUIT: 30-56174814-0 (INDISPENSABLE).*
- *Condición IVA: Responsable Inscripto. Tener en cuenta la condición de producto o servicios que pueda ser exentos de IVA - (RUBRO SALUD NO CORRESPONDE DISCRIMINAR EL IVA)*
- *Nombre, Apellido y DNI del Beneficiario. (Esta Obra Social NO toma en cuenta el N° de Afiliado).*
- *Período facturado (mes y año facturado).*
- *Prestación brindada (según autorización).*
- *Cantidad de sesiones o tipo de jornada.*
- *En caso de Módulo Integral Intensivo ó Modulo Integral Simple, detallar las sesiones brindadas.*
- *Categoría (A-B-C) en caso de Institución.*
- *Importe unitario (valor por sesión ó del módulo según Nomenclador Vigente de SSSalud).*
- *Importe total.*
- *La factura debe cargarse como archivo en formato .PDF únicamente y pesar 2MB máximo. En el caso de las facturas NO es necesario que las mismas se presenten con firma y sello. Sugerimos enviar directamente el archivo que se descarga de AFIP.*
- *Debe informar que pertenece a zona desfavorable o si corresponde dependencia.*

**EN CASO DE NO CONTENER LOS DATOS MENCIONADOS, LA FACTURA SE RECHAZARÁ.**

### FACTURAS EN CASO DE TRANSPORTE

Además de los puntos mencionados arriba, se debe detallar:

- *Punto de partida y destino.*
- *Indicar si es beneficiario con dependencia (SI / NO). De acuerdo a lo autorizado por la Obra Social (Según Formulario FIM).*
- *Cantidad de km recorridos por viaje.*
- *Cantidad de viajes.*

- *Monto individual por viaje.*
- *Cantidad de km mensuales (km por viaje x cantidad de viajes).*
- *Monto total mensual.*
- *Valor del Km. Según Nomenclador Vigente de SSSalud.*
- *Nombre y Apellido completos y DNI del Beneficiario.*
- *Prestación destino (a donde lo transportan: CET, Escuela, Kinesiología, Rehabilitación, etc.).*

## PLANILLA ASISTENCIA PRESENCIAL

A continuación, le brindamos información importante para completar correctamente las Planillas de Asistencia Presencial. A partir de esta publicación posee la posibilidad de completar los archivos pdf desde su PC.

- *Indicar Datos Completos del Profesional, Razón Social, Domicilio, Mail, Teléfono.*
- *Datos Completos del Beneficiario: Nombre, Apellido y DNI.*
- *Prestación que coincida con lo autorizado/ facturado.*
- *Período Facturado (Mes y Año).*
- *Completar Esquema de Días/ Horarios del Mes de Concurrencia del Beneficiario.*
- *Las Firmas del Profesional y también las firmas del Responsable del Beneficiario SÓLO pueden ser de Puño y Letra. Sin Excepción. Recuerde por favor que las mismas deben ser LEGIBLES.*
- *Cada Sesión Brindada Debe Estar Firmada por Ambas Partes.*
- *Al final de Cada Planilla debe haber: Firma, Sello Legible, Aclaración y Matrícula del Profesional.*
- *Firma, Aclaración, DNI y Vínculo del Responsable del Beneficiario*
- *Recuerde que las mismas SÓLO pueden ser de Puño y Letra.*
- ***No se Aceptarán Planillas que no correspondan a OSPACA.***
- ***NO se Aceptarán Planillas Recortadas o Ilegibles, Enmiendas, Tachaduras o Corrector. SIN EXCEPCIÓN.***
- ***NO se Aceptarán Planillas de períodos anteriores modificados.***

Para el **Caso de TRANSPORTE** deberá tener en Cuenta que se solicita además de lo mencionado anteriormente:

- *Prestación de Destino (Por ejemplo: ESCUELA, CET, REHABILITACION, PSICOLOGÍA, MUSICOTERAPIA, etc.)*
- *Partida Desde y Hasta, que coincida con lo facturado.*
- *En caso de facturar conforme Res1992/15 debe indicarlo claramente en la Planilla de Asistencias.*

**PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL**  
**PRESTACIONES POR HORA/SESIONES**

Última act: oct 2025

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

PERÍODO MES  AÑO

RAZÓN SOCIAL

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

CANT	FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA CONFORMIDAD DEL PACIENTE O RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Firma del Profesional

Sello Legible

Firma del Responsable o Paciente

DNI

Aclaración de Firma del Profesional

Aclaración de Firma del Responsable o Paciente

Matrícula/DNI del Profesional

Vínculo



Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act. nov. 2024

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

MÓDULO MAESTRA DE APOYO

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO

MES

AÑO

Ingrese las horas brindadas por día

DÍA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

DNI

Aclaración

Vínculo

Firma

Sello Legible/DNI

Aclaración

Vínculo



**OSPACA**Obra Social del Personal del  
**AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**  
R.N.O.S. 1-0160-4

Última act: octubre 2025

**PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL INSTITUCIONES**

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO

MES

AÑO

Ingrese las horas brindadas por día

DÍA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

Sello Legible/DNI

Aclaración

Firma

DNI

Aclaración

Vínculo

www.ospaca.com

 Una Decisión **Saludable.**

**PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL TRANSPORTE**

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PERÍODO

MES

AÑO

PRESTADOR

CUIT

Transporte a

(Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o la razón social de la institución)

Partida desde

(Calle y número, localidad y provincia)

Destino

(Calle y número, localidad y provincia)

CANT.	FECHA DD/MM/AA	HORA IDA	HORA VUELTA	FIRMA DEL TRANSPORTISTA	FIRMA CONFORMIDAD DEL RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

Firma del Transportista responsable

Sello del recibo

Firma del Responsable o Paciente

DNI del Firmante

Aclaración de Firma del Transportista

Aclaración de Firma del Responsable o Paciente

Matrícula/DNI del Transportista

Vínculo

www.ospaca.com

 Una Decisión **Saludable.**

**RECIBO CANCELATORIO**BUENOS AIRES  de  del 20 *En el día de la fecha, recibí de la Obra Social OSPACA, el pago de las siguientes facturas:*

N° FACTURA	<input type="text"/>	N° FACTURA	<input type="text"/>
IMPORTE \$	<input type="text"/>	IMPORTE \$	<input type="text"/>
N° FACTURA	<input type="text"/>	N° FACTURA	<input type="text"/>
IMPORTE \$	<input type="text"/>	IMPORTE \$	<input type="text"/>

Por la prestación de  brindada por   
 al beneficiario  N° de CUIL

Importe transferido \$	<input type="text"/>
Retención IIBB \$	<input type="text"/>
Retención Ganancias \$	<input type="text"/>
Total \$	<input type="text"/>

Recibo los valores anteriormente indicados en mi carácter de   
 del beneficiario, por brindarse la prestación con modalidad de reintegro.

Firma

Sello

Aclaración

DNI

