EMPADRONAMIENTO DE PRESTADORES 2024

DECLARACION JURADA

**Consejo Profesional de Psicólogos de la Provincia de Neuquén**

**Importante:** Antes de completar el presente formulario verifique en la página web del Colegio [www.psicoquen.org.ar](http://www.psicoquen.org.ar) (Panel de Usuario) que sus Datos Personales estén actualizados. **Asimismo, corrobore que sus datos de las Áreas, Orientaciones y Marcos Teóricos estén correctamente ingresados.**

(\*)**APELLIDO:………………………………………………………………………….**

(\*)**NOMBRES:………………………………………………………………………….**

(\*)**N° de Mat. Prov. de Neuquén:……………**

(\*)**Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| RESPONSABLE INSCRIPTO |  |
| MONOTRIBUTISTA |  |

 (\*)**CONDICION FISCAL (AFIP):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **\_** |  |  |  |  |  |  |  |  | **\_** |  |

 (\*)**N° De CUIT:**

(\*)**CONDICION ANTE RENTAS NEUQUEN (IIBB): (Marque lo que corresponda)**

* **Inscripto como contribuyente Directo:**
* **Inscripto como contribuyente Régimen Simplificado:**
* **Inscripto como contribuyente Convenio Multilateral con Sede Neuquén.**
* **Inscripto como contribuyente Convenio Multilateral con sede en otra Provincia**

***Debe adjuntar comprobantes de Rentas y AFIP.***

**Dirección de correo electrónico: ……………………………………………….**

*DOMICILIOS* (El domicilio particular debe ser completado desde la página web del Colegio.

Debe completar al menos un domicilio profesional).

* (\*)**Domicilio Profesional 1:………………………………………………….**

**Teléfono de contacto: ……………………………….**

**Localidad:…………………………………………………………..**

* Domicilio Profesional 2:………………………………………………………

Teléfono de contacto: …………………………………..

Localidad: …………………………………………………………….

* Domicilio Profesional 3:………………………………………………………

Teléfono de contacto: ……………………………………

Localidad:……………………………………………………………..

…………………………

Firma del Profesional

1/3

**INDIQUE CUALES SON LAS OBRAS SOCIALES DE LAS QUE ES O DESEA SER PRESTADOR (sólo para nuevos prestadores)**: (Omita marcar aquellas en cuyo padrón de prestadores desee ser excluido/a).

**Tenga en cuenta que las Obras Sociales que figuran con un asterisco ( \* ) tienen requerimientos específicos.**

|  |  |
| --- | --- |
| ISSN \* | ------ |
| OSDE \* | ------ |
| AVALIAN |  |
| CONSOLIDAR SALUD (OMINT) |  |
| FEDERADA SALUD |  |
| GALENO \*\* |  |
| IOSFA (IOSE – DIBA – DIBFA) \*\* |  |
| MEDIFE |  |
| O.S. PODER JUDICIAL DE LA NACION |  |
| O.S.M.A.T.A\* |  |
| OSPEPRI\*\* | ------ |
| OSSEG \* |  |
| PREVENCIÓN SALUD\* |  |
| SANCOR SALUD \* |  |
| SCIS |  |
| SOSUNC |  |

**Nota:**

* Para ser dado de alta como prestador de **Galeno** debe adjuntar fotocopias de:
1. **Constancia de Opción del** **Monotributo,**
2. **Inscripción en Rentas** (con certificado de adhesión al Régimen Simplificado, si corresponde)
3. **Certificado del Registro Nacional de Prestadores**
* Para ser dado de alta en **Sancor Salud,** **OSMATA y Prevención Salud**, **IOSE** es requisito tener el **seguro por mala praxis.**
* Para ser dado de alta en **OSSEG**, **IOSE, OSPEPRI** es requisito presentar fotocopia del **Certificado del Registro Nacional de Prestadores**, tener un domicilio de atención habilitado y además tener el **seguro por mala praxis.**
* Para ser dado de alta en **ISSN y OSDE** debe iniciar el trámite en forma personal ya que se encuentran cerrados los respectivos padrones de prestadores. Recuerde solicitar facturar a través del Colegio ya que hay un convenio vigente.

....……………………

Firma del Profesional

2/3

**Declaro conocer y aceptar las siguientes condiciones:**

1***–*** El/la prestador/a se compromete a no firmar contratos de prestaciones individuales con las Obras Sociales/Prepagas con las que el Colegio/Consejo los haya suscripto; y en relación a los que en el futuro se firmen, se compromete a dejarlos sin efecto, pasando a integrar la nómina de prestadores/as del Colegio/Consejo. El incumplimiento de la presente cláusula, podrá hacer pasible al prestador/a de su exclusión de la nómina en relación a todas las obras sociales.

2 - El/la prestador/a se sujetará a las condiciones generales de atención, modalidades, valor arancelario, facturación y cobro centralizado a través del Colegio/Consejo de Psicólogos de todas las obras sociales y/o prepagas que efectúen convenios y con las que ya están establecidos, autorizándose por la presente a las retenciones que correspondan por cuota social, aranceles, gastos administrativos, u otro tipo de compromiso económico con el Colegio/Consejo conforme lo prescripto por la ley 1674/86.

3- El/la prestador/a se compromete a informar cualquier modificación de la presente Declaración Jurada, dentro de los 30 (treinta) días de producida.

4 – El/la prestador/a debe tener la matrícula al día.

5 – El/la prestador/a no debe tener sanción ética de suspensión o cancelación de matrícula.

6 – El/la prestador/a debe presentar constancia de inscripción como monotributista, o como responsable inscripto y comprometerse a informar cualquier cambio en su condición fiscal.

7- El/la prestador/a debe presentar un recibo / factura “A”, “B” o “C”, según corresponda; dentro de los diez (10) días de cobro de cada liquidación.

El/la prestador/a manifiesta conocer y aceptar la totalidad de las cláusulas, contenida en los distintos convenios que ha celebrado el colegio con las distintas Obras Sociales, comprometiéndose a su fiel cumplimiento.

8 - A los fines de la percepción de los honorarios, el/la prestador/a se compromete a la apertura de una cuenta bancaria en el Banco de la Provincia de Neuquén y/o en el Banco Hipotecario en el marco de los convenios 48 y 621 que ha suscripto el Colegio con dichas entidades bancarias. Se deja constancia que la percepción de los honorarios por facturaciones a las obras sociales o prepagas con las que el Colegio/Consejo ha suscripto convenios se realizará exclusiva y excluyentemente a través de sendas entidades bancarias: Banco Provincia de Neuquén y Banco Hipotecario.

En Neuquén, a los…..………… días del mes de………….…………………de 202….

………………………………………………………………………

FIRMA Y ACLARACIÓN

3/3