

EMPADRONAMIENTO DE PRESTADORES 2024

DECLARACION JURADA

Importante: Antes de completar el presente formulario verifique en la página web del Colegio 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: _____

(*)CONDICION FISCAL (AFIP):

RESPONSABLE INSCRIPTO	
MONOTRIBUTISTA	

(*)N° De CUIT:

[illegible]

(*)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

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 *	-----
ACA SALUD	
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

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