



**Fecha:** ...../...../2023

**Estimados prestadores:**

Por medio del presente, solicitamos tener a bien, completar los siguientes datos, para dar cumplimiento a la **Resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud N° 887-E/2017.**

**Disponible en el siguiente link:**

<http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/280000284999/283888/normahtm>

Todos los campos son obligatorios:

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**N° DE CUIT:** \_\_\_\_\_

**BANCO:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE CUENTA:** \_\_\_\_\_ **N° DE CUENTA:** \_\_\_\_\_

**CBU:** \_\_\_\_\_ (deberá contar con 22 dígitos)

**ALIAS:** \_\_\_\_\_

Aclaraciones:

- La presente DDJJ solo deberá ser presentada en caso de que, sea un prestador nuevo o que solicite cambio de cuenta (Ver anexo adjunto). **NO PRESENTAR PARA LA RENOVACIÓN DE TRATAMIENTO SI YA VIENE PERCIBIENDO FONDOS DESDE LA OS MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA**
- Los pagos se realizarán exclusivamente por transferencia bancaria a los CBU informados. (Anexo I – Punto 5)
- Los CBU de los prestadores deberán corresponder a la razón social (CUIT) de la facturación presentada, para acreditar esta relación. (Anexo I – Punto 5)
- La entrega física del Recibo oficial seguirá siendo de carácter obligatorio, en Casa Central sita en Av. Jujuy 110 3 A Y B – CABA. Con un plazo máximo de 30 días desde realizada la transferencia.
- Al presente formulario se deberá adjuntar el comprobante de consulta de CBU emitido por Entidad Bancaria.
- Cualquier inquietud, quedamos a su disposición

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración / Sello: \_\_\_\_\_

Desde ya agradecemos su colaboración

---

---

Declaro que los datos enunciados precedentemente son ciertos y revisten carácter de DDJJ

**Dirección:** Hipólito Yrigoyen 2727, CABA

**Teléfono:** [4-866-1225](tel:4-866-1225) Interno 234/212/222. E-mail: [discapacidadarchivos@gmail.com](mailto:discapacidadarchivos@gmail.com).