

FORMULARIO

La información declarada y/o acompañada al presente formulario revestirá el carácter de declaración jurada y deberá ser firmada en todas sus hojas por un apoderado o responsable de la empresa. Tenga presente además, que estará operando con la condición fiscal detallada en el presente formulario y en el caso de surgir alguna modificación de su situación impositiva, es su exclusiva responsabilidad notificarla a la Mutual.

DATOS

Razón Social /Nombre del prestador:	Fecha de pedido:	/ /
DNI:	Fecha de Nac.:	/ /
Matrícula:	Nº inscripción S.S.S:	Especialidad:
Domicilio legal:	Localidad:	Provincia:
C.P.:	Tel. Particular:	E-mail:
Domicilio Laboral:	Tel. Laboral:	

Adjuntar copias de: Contrato Social Estatuto, Designación de Autoridades, Apoderado designado para contratar y D.N.I.

TIPO DE CONVENIO

Persona Física Óptica Farmacia Persona Jurídica (clínica, sanatorio, órgano colegiado)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (CONVENIOS DE SERVICIOS DE SALUD)

- Comprobante de C.B.U. emitido por entidad bancaria.
- Constancia de inscripción en AFIP.
- Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la S.S.S.
- Copia del título.
- Habilitación Municipal (sólo farmacias, ópticas).
- Habilitación e inscripción en el Colegio de Farmaceúticos (sólo farmacias).
- Curriculum vitae (sólo Persona Física).
- Carpeta institucional (sólo Persona Jurídica).
- Estatuto (para Asoc. Civiles, Mutuales, Cooperativas).
- Listado de prestaciones que brinda junto con los aranceles pretendidos para las mismas (sólo convenios).
- Fotocopia de DNI.
- En caso de personas jurídicas deberá remitir listado de profesionales y/o entidades.

FIRMA PRESTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA

FIRMA ADMINISTRATIVO JS

FORMULARIO
DATOS IMPOSITIVOS

CUIT N°:

(Adjuntar constancia de inscripción vigente).
CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IVA
 Responsable Inscripto Monotributista Exento Otra:

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS
 Responsable Inscripto Monotributista Otra:
 Responsable NO Inscripto Exento *(adjuntar certificado de Ex.)*

 Sujeto Pasible de Retención: Si NO

 Certificado de Exclusión de Retención: Si NO

Porcentaje de exclusión Retención:

%

(Adjuntar certificados de exclusión)
CONCEPTOS SUJETOS A RETENCIÓN RG 830 (ACTIVIDADES)

<input type="checkbox"/> Enajenación de Bienes Muebles	<input type="checkbox"/> Alquiler de bienes Inmuebles	<input type="checkbox"/> Profesiones Liberales
<input type="checkbox"/> Locación de Obras y/o Servicios	<input type="checkbox"/> Operaciones de Transporte	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Alquiler de Bienes muebles	de carga Nacional e Internacional	

CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE ANTE INGRESOS BRUTOS

 N° de ingresos Brutos: *(Adjuntar constancia de inscripción vigente CM01 y CM05 de corresponder)*

<input type="checkbox"/> Inscripto Contribuyente local	<input type="checkbox"/> Exento
<input type="checkbox"/> Inscripto Convenio Multilateral	<input type="checkbox"/> Inscripto Régimen Simplificado

Detalle con un tilde la (contribuyente local) o las jurisdicciones (contribuyente con convenio multilateral) en las que se encuentra inscripto y complete con otro tilde la o las jurisdicciones en las cuales es pasible de retenciones.

Jurisdicción	Inscripto	Sujeto pasible de retenciones	Justif. exc. para Jurisdicciones Insc. no pasible de ret.
921 - Santa Fe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enviar form. 1276 web API STA FE
908 - Entre Ríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
917 - Salta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
918 - San Juan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras (detallar)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN ADICIONAL A COMPLETAR REQUERIDA POR OTRAS LEYES VIGENTES

 Es Persona Expuesta Políticamente: Si NO

 Es Sujeto Obligado de la Ley 25.246: Si NO

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA (ADJUNTAR CONSTANCIA CBU)

 Banco: _____ Sucursal: _____ caja de ahorros cuenta corriente

Nro de Cuenta: _____ CBU: _____

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA

1er Titular (como figura en el extracto): _____ CUIT/CUIL/CDI: _____

2do Titular: _____

FIRMA PRESTADOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

LUGAR Y FECHA

FIRMA ADMINISTRATIVO JS