Mecanismo
“Integración”

Especificaciones técnicas para envío de datos por subsidio de discapacidad para prestaciones brindadas a partir de Agosto 2016

- **Se informa que este instructivo es la versión actualizada a la fecha 14/02/2017.**

Las modificaciones que se efectuaron son:

- Modificación de cantidad máxima de KM.
- Ampliación del campo “Número de liquidación” del archivo **ds.subsidio.**
- Se eliminó la validación del tope de subsidio (código 410)
- Aclaración de validación sobre prestación de apoyo (código 086)

Circuito de envío de datos

Mensualmente cada Obra Social deberá entregar a la Gerencia de Sistemas de Información de la SSSALUD un archivo que deberá ser enviado a través del FTP.

Para conectarse a este, la Obra Social deberá utilizar la misma clave que actualmente posee para realizar transferencias de novedades y demás archivos.

Los datos correspondientes para el cobro del subsidio por beneficiarios con discapacidad deberán ser enviados conectándose al sitio "Padrón" dentro de la carpeta "Discapacidad" en la misma abrir la carpeta del periodo activo según lo indique el cronograma y transferir a esa carpeta el archivo en cuestión.

IMPORTANTE: La Obra Social deberá generar un archivo cuyo nombre deberá estar compuesto de la siguiente forma:

- **RNOS de la Obra Social,**
- **seguido de un guion bajo "_",**
- **continuando con la sigla "ds",**
- **luego un punto ".",**
- **seguido de "txt"**

Ejemplo: 999998_ds.txt (######_ds.txt).

1. Sólo se aceptará el diseño de registro detallado en el Anexo I A.
   Los campos deberán estar separados por un pipe (|)
   Los caracteres alfabéticos deberán estar en mayúscula

2. Se deben utilizar los códigos de las provincias proporcionados en la tabla **"Provincias"** que se encuentra en el Anexo II.

3. Se debe colocar en el campo cantidad los valores permitidos para cada unidad de medida según lo indicado en la tabla "**Unidad de medida y valores permitidos**" que se encuentra en el Anexo II.

4. Se deben utilizar los códigos de comprobantes proporcionados en la tabla **"Comprobantes"** que se encuentra en el Anexo II

5. Las validaciones del proceso se encuentran detalladas en el Anexo III.

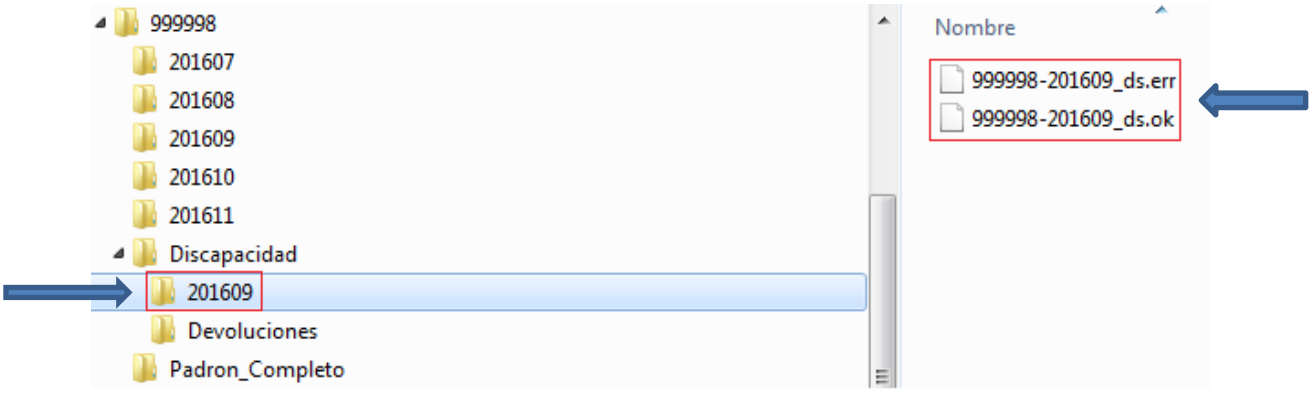
6. Los códigos de error, descripción y las acciones a seguir para cada uno de ellos se encuentran detallados en el Anexo IV.

7. Se deberán utilizar los códigos de prácticas detallados en el **"Nomenclador de prácticas"** que se encuentra en el Anexo V.

Especificaciones

El archivo deberá contener los datos detallados en este instructivo para la liquidación del subsidio por las prácticas brindadas a beneficiarios con discapacidad.
Las fechas para el envío de los datos por la Obra Social a la SSSalud, se regirán a través del cronograma publicado en el sitio web de este organismo (Obras Sociales – Intercambio de datos), lo mismo para las entregas de las devoluciones por parte de la SSSALUD a la Obra Social.

En el momento en el que la Obra Social realice el envió del archivo, la SSSalud generará automáticamente dos archivos, uno contendrá los registros con errores denominado **"######-AAAAMM_ds.err"** y otro con los registros que estén aceptados denominado **"######-AAAAMM_ds.ok"** que se publicarán dentro de la carpeta del período activo, que se encontrará dentro de la carpeta "Discapacidad".



Esto le permitirá a la Obra Social conocer que registros de los enviados fueron aceptados y cuales rechazados. Dentro del archivo **"######-AAAAMM_ds.err"** se informará el código de rechazo, permitiendo así a la Obra Social volver a ejecutar el envío del mismo las veces que sea necesario (hasta la fecha de cierre del período vigente) hasta tanto no se reporten más errores.

Además, al momento de la transferencia se generará automáticamente un comprobante que detallará el total de los registros enviados, aceptados y rechazados.

Por último, la Obra Social deberá ingresar a la web de la Superintendencia de Servicios de Salud, dirigirse al botón "Obras Sociales" (que se encuentra en la parte inferior de la misma), luego a la opción "Intercambio de Datos" y finalmente a "FTP comprobantes".

OBRAS SOCIALES

↓

Intercambio de datos Procedimientos para subidas y bajadas FTP.

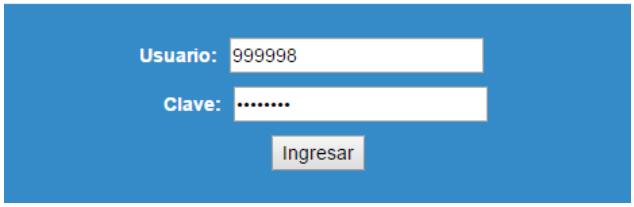
↓

FTP-Comprobantes
Permite visualizar los movimientos realizados en el FTP.

↓

Una vez allí deberá loguearse con el mismo usuario del FTP.

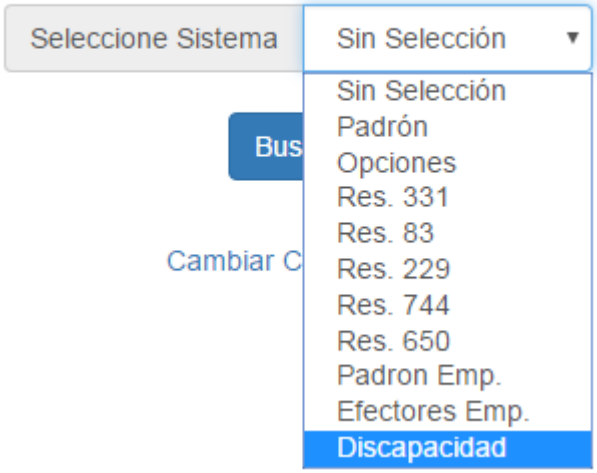
Bienvenido al Acceso a Consultas On Line



↓

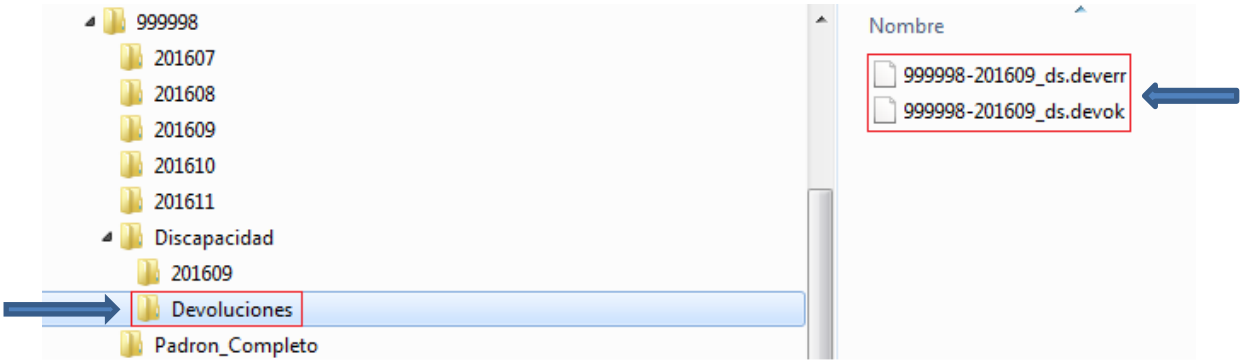
Se deberá ingresar y seleccionar el sistema "Discapacidad" para retirar los comprobantes.

Retiro de Comprobantes



Los registros que se encuentren dentro del archivo **"######-AAAAMM_ds.ok"** pasarán a la validación integral.

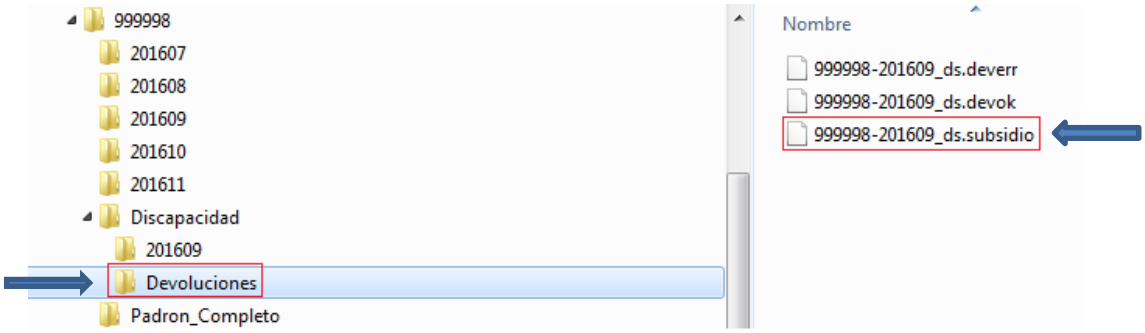
Al finalizar el proceso de validación integral, al día siguiente se publicarán dos archivos, uno denominado **"######-AAAAMM_ds.deverr"** que contendrá los registro con errores y otro denominado**"######-AAAAMM_ds.devok"** que contendrá los registros aceptados, en la carpeta "Devoluciones" que se encontrará dentro de la carpeta "Discapacidad" dentro del sitio "Padrón"



En el momento en que la SSSalud realice la publicación de los archivos de "Devolución" se generará automáticamente un comprobante que las Obras Sociales podrán descargar desde el sitio web de la SSSalud.

Los registros correspondientes a las "Devoluciones" que se encuentren dentro del archivo **"######-AAAAMM_ds.devok"** son los que se utilizarán para el cálculo del subsidio.

Al finalizar el proceso del cálculo del subsidio, la SSSalud publicará en el FTP en la carpeta "Devoluciones" un archivo denominado **"######-AAAAMM_ds.subsidio"** que contendrá los registros subsidiados, la misma se encontrará dentro de la carpeta "Discapacidad"



El diseño de registro del archivo **"ds.subsidio"** se detalla en el Anexo I c

Mesa de ayuda

Las consultas que eventualmente puedan surgir de las personas encargadas del procesamiento de la información en cuestión, podrán canalizarse telefónicamente de lunes a viernes de 10.00 a 16.00 horas a la mesa de ayuda especialmente habilitada para estos fines: 4344-2912 / 2783 / 2714 / 2962 – mesa_ayuda@sssalud.gob.ar

Superintendencia de Servicios de Salud – Gerencia de Sistemas de Información
Avenida Roque Sáenz Peña N º 530 – 8vo piso - (1035) Capital Federal

ANEXO I A

DISEÑO DE REGISTRO PARA ENVIAR A LA SSSALUD

Nº	Campo	Tipo de dato	Longitud	Observaciones	Obligatorio
01	Tipo de archivo	A	2	Se deberá colocar la sigla DS que hace referencia a Discapacidad Solicitud	SI
02	Código de Obra Social	N	6	Según el R.N.O.S. Debe contener el código de la obra social incluido el dígito verificador	SI
03	CUIL	N	11	CUIL del beneficiario discapacitado	SI
04	Código del certificado	AN	40	En caso de no poseer 40 posiciones deberá completarse con los espacios en blanco a la derecha	NO
05	Vencimiento del certificado	D	10	Formato DD/MM/AAAA, donde D es día, M es mes y A es año. Ej.: 15/09/2016 = 15/09/2016. En caso de no poseer se deberá dejar el campo nulo, es decir vacío	NO
06	Periodo de prestación	N	6	Periodo en el cual se efectuó la prestación ej: 201609	SI
07	CUIT de prestador	N	11	CUIT del prestador que brindo la prestación	SI
08	Tipo de comprobante	N	2	Código según tabla “Comprobantes”	SI
09	Tipo de emisión	A	1	Colocar según corresponda: E si es una factura electrónica o I se es una factura impresa	SI
10	Fecha de emisión del comprobante	D	10	Formato DD/MM/AAAA, donde D es día, M es mes y A es año. Ej.: 15/09/2016 = 15/09/2016.	SI
11	Numero de CAE o CAI	N	14	Colocar el Nº de CAE o CAI según corresponda. En caso de no poseer 14 dígitos deberá completarse con ceros (0) a izquierda	SI
12	Punto de venta	N	4	En caso de no poseer 4 dígitos deberá completarse con ceros (0) a izquierda	SI
13	Número de comprobante	N	8	En caso de no poseer 8 dígitos deberá completarse con ceros a izquierda.	SI
14	Importe del comprobante	N	8,2	Los últimos dos (2) dígitos se tomarán como decimales, en el caso de colocar un importe inferior a los 10 dígitos completar con los ceros (0) a la izquierda sin separador de decimales	SI
15	Importe solicitado	N	8,2	Idem campo Nº 14	SI
16	Código de practica	N	3	Código de la práctica según el nomenclador de practicas	SI
17	Cantidad	N	6	Se deberá colocar la cantidad según la unidad de medida correspondiente definida en tabla “Unidad de medida y valores permitidos”, si es inferior a 6 dígitos se deberá colocar 0 a la izquierda	SI
18	Provincia	N	2	Según tabla “Provincias”	SI
19	Dependencia	A	1	Indicar si el beneficiario tiene un tipo de incapacidad que implique dependencia S para SI y N para NO	SI

DISEÑO DE REGISTRO DE ARCHIVOS: ds.ok / ds.devok

Nº	Campo	Tipo de dato	Longitud	Observaciones	Obligatorio
01	Tipo de archivo	A	2	Se deberá colocar la sigla DS que hace referencia a Discapacidad Solicitud	SI
02	Código de Obra Social	N	6	Según el R.N.O.S. Debe contener el código de la obra social incluido el dígito verificador	SI
03	CUIL	N	11	CUIL del beneficiario discapacitado	SI
04	Código del certificado	AN	40	En caso de no poseer 40 posiciones deberá completarse con los espacios en blanco a la derecha	NO
05	Vencimiento del certificado	D	10	Formato DD/MM/AAAA, donde D es día, M es mes y A es año. Ej.: 15/09/2016 = 15/09/2016. En caso de no poseer se deberá dejar el campo nulo, es decir vacío	NO
06	Periodo de prestación	N	6	Periodo en el cual se efectuó la prestación ej: 201609	SI
07	CUIT de prestador	N	11	CUIT del prestador que brindo la prestación	SI
08	Tipo de comprobante	N	2	Código según tabla “Comprobantes”	SI
09	Tipo de emisión	A	1	Colocar según corresponda: E si es una factura electrónica o I se es una factura impresa	SI
10	Fecha de emisión del comprobante	D	10	Formato DD/MM/AAAA, donde D es día, M es mes y A es año. Ej.: 15/09/2016 = 15/09/2016.	SI
11	Numero de CAE o CAI	N	14	Colocar el Nº de CAE o CAI según corresponda. En caso de no poseer 14 dígitos deberá completarse con ceros (0) a izquierda	SI
12	Punto de venta	N	4	En caso de no poseer 4 dígitos deberá completarse con ceros (0) a izquierda	SI
13	Número de comprobante	N	8	En caso de no poseer 8 dígitos deberá completarse con ceros a izquierda.	SI
14	Importe del comprobante	N	8,2	Los últimos dos (2) dígitos se tomaran como decimales, en el caso de colocar un importe inferior a los 10 dígitos completar con los ceros (0) a la izquierda sin separador de decimales	SI
15	Importe solicitado	N	8,2	Idem campo Nº 14	SI
16	Código de practica	N	3	Código de la práctica según el “Nomenclador de prácticas”	SI
17	Cantidad	N	6	Se deberá colocar la cantidad según la unidad de medida correspondiente definida en tabla “Unidad de medida y valores permitidos”, si es inferior a 6 dígitos se deberá colocar 0 a la izquierda	SI
18	Provincia	N	2	Según tabla “Provincias”	SI
19	Dependencia	A	1	Indicar si el beneficiario tiene un tipo de incapacidad que implique dependencia S para SI y N para NO	SI

DISEÑO DE REGISTRO DEL ARCHIVO: ds.err

Nº	Campo	Tipo de dato	Longitud	Observaciones	Obligatorio
01	Tipo de archivo	A	2	Se deberá colocar la sigla DS que hace referencia a Discapacidad Solicitud	SI
02	Código de Obra Social	N	6	Según el R.N.O.S. Debe contener el código de la obra social incluido el dígito verificador	SI
03	CUIL	N	11	CUIL del beneficiario discapacitado	SI
04	Código del certificado	AN	40	En caso de no poseer 40 posiciones deberá completarse con los espacios en blanco a la derecha	NO
05	Vencimiento del certificado	D	10	Formato DD/MM/AAAA, donde D es día, M es mes y A es año. Ej.: 15/09/2016 = 15/09/2016. En caso de no poseer se deberá dejar el campo nulo, es decir vacío	NO
06	Periodo de prestación	N	6	Periodo en el cual se efectuó la prestación ej: 201608	SI
07	CUIT de prestador	N	11	CUIT del prestador que brindo la prestación	SI
08	Tipo de comprobante	N	2	Código según tabla “Comprobantes”	SI
09	Tipo de emisión	A	1	Colocar según corresponda: E si es una factura electrónica o I se es una factura impresa	SI
10	Fecha de emisión del comprobante	D	10	Formato DD/MM/AAAA, donde D es día, M es mes y A es año. Ej.: 15/09/2016 = 15/09/2016	SI
11	Numero de CAE o CAI	N	14	Colocar el Nº de CAE o CAI según corresponda. En caso de no poseer 14 dígitos deberá completarse con ceros (0) a izquierda	SI
12	Punto de venta	N	4	En caso de no poseer 4 dígitos deberá completarse con ceros (0) a izquierda	SI
13	Número de comprobante	N	8	En caso de no poseer 8 dígitos deberá completarse con ceros a izquierda.	SI
14	Importe del comprobante	N	8,2	Los últimos dos (2) dígitos se tomaran como decimales, en el caso de colocar un importe inferior a los 10 dígitos completar con los ceros (0) a la izquierda sin separador de decimales	SI
15	Importe solicitado	N	8,2	Idem campo Nº 14	SI
16	Código de practica	N	3	Código de la práctica según el nomenclador de practicas	SI
17	Cantidad	N	6	Se deberá colocar la cantidad según la unidad de medida correspondiente definida en tabla “Unidad de medida y valores permitidos”, si es inferior a 6 dígitos se deberá colocar 0 a la izquierda	SI
18	Provincia	N	2	Según tabla “Provincias”	SI
19	Dependencia	A	1	Indicar si el beneficiario tiene un tipo de incapacidad que implique dependencia S para SI y N para NO	SI
20	Código de rechazo	AN	260	Código de rechazo según Anexo IV	SI

ANEXO I B

DISEÑO DE REGISTRO DEL ARCHIVO: ds.deverr

Nº	Campo	Tipo de dato	Longitud	Observaciones	Obligatorio
01	Tipo de archivo	A	2	Se deberá colocar la sigla DS que hace referencia a Discapacidad Solicitud	SI
02	Código de Obra Social	N	6	Según el R.N.O.S. Debe contener el código de la obra social incluido el dígito verificador	SI
03	CUIL	N	11	CUIL del beneficiario discapacitado	SI
04	Código del certificado	AN	40	En caso de no poseer 40 posiciones deberá completarse con los espacios en blanco a la derecha	NO
05	Vencimiento del certificado	D	10	Formato DD/MM/AAAA, donde D es día, M es mes y A es año. Ej.: 15/09/2016 = 15/09/2016. En caso de no poseer se deberá dejar el campo nulo, es decir vacío	NO
06	Periodo de prestación	N	6	Periodo en el cual se efectuó la prestación ej: 201608	SI
07	CUIT de prestador	N	11	CUIT del prestador que brindo la prestación	SI
08	Tipo de comprobante	N	2	Código según tabla “Comprobantes”	SI
09	Tipo de emisión	A	1	Colocar según corresponda: E si es una factura electrónica o I se es una factura impresa	SI
10	Fecha de emisión del comprobante	D	10	Formato DD/MM/AAAA, donde D es día, M es mes y A es año. Ej.: 15/09/2016 = 15/09/2016	SI
11	Numero de CAE o CAI	N	14	Colocar el Nº de CAE o CAI según corresponda. En caso de no poseer 14 dígitos deberá completarse con ceros (0) a izquierda	SI
12	Punto de venta	N	4	En caso de no poseer 4 dígitos deberá completarse con ceros (0) a izquierda	SI
13	Número de comprobante	N	8	En caso de no poseer 8 dígitos deberá completarse con ceros a izquierda.	SI
14	Importe del comprobante	N	8,2	Los últimos dos (2) dígitos se tomaran como decimales, en el caso de colocar un importe inferior a los 10 dígitos completar con los ceros (0) a la izquierda sin separador de decimales	SI
15	Importe solicitado	N	8,2	Idem campo Nº 14	SI
16	Código de practica	N	3	Código de la práctica según el nomenclador de practicas	SI
17	Cantidad	N	6	Se deberá colocar la cantidad según la unidad de medida correspondiente definida en tabla “Unidad de medida y valores permitidos”, si es inferior a 6 dígitos se deberá colocar 0 a la izquierda	SI
18	Provincia	N	2	Según tabla “Provincias”	SI
19	Dependencia	A	1	Indicar si el beneficiario tiene un tipo de incapacidad que implique dependencia S para SI y N para NO	SI
20	Código de rechazo	N	260	Código de rechazo según Anexo IV	SI

ANEXO I C

DISEÑO DE REGISTRO DEL ARCHIVO: ds.subsidio

Nº	Campo	Tipo de dato	Longitud	Observaciones	Obligatorio
01	Número de liquidación	N	11	Código que relaciona información enviada por la OS con el subsidio recibido	SI
02	Periodo de presentación	N	6	Carpeta activa ej: 201608	SI
03	Código de Obra Social	N	6	Según el R.N.O.S. Debe contener el código de la obra social incluido el dígito verificador	SI
04	CUIL	N	11	CUIL del beneficiario discapacitado	SI
05	Periodo de prestación	N	6	Periodo en el cual se efectuó la prestación ej: 201608	SI
06	Importe solicitado	N	8,2	Los últimos dos (2) dígitos se tomaran como decimales.	SI
07	Código de practica	N	3	Código de la práctica según el nomenclador de practicas	SI
08	Importe subsidiado	N	8,2	Importe subsidiado a la OS	SI

ANEXO II

TABLAS AUXILIARES

PROVINCIAS

Código	Nombre
00	Sin % de zona desfavorable en la factura
17	Chubut
19	La Pampa
21	Neuquén
22	Rio Negro
23	Santa Cruz
24	Tierra del Fuego
25	Patagones

Tipo de dato

Código	Descripción	Alineación	Caracteres Permitidos
N	Numérico	Derecha	Números
A	Alfabético	Izquierda	Mayúsculas o blancos
AN	Alfanumérico	Izquierda	Mayúsculas, números, o blancos
D	Date	Izquierda	Números, barras

Unidad de medida y valores permitidos

Unidad de medida	Valores permitidos
Mensual	1
Semanal	1 a 4
Diario	1 a 31
KM	1 a 2500

Comprobantes

Código	Comprobante
01	FACTURAS A
02	RECIBOS A
03	FACTURAS B
04	RECIBOS B
05	FACTURAS C
06	RECIBOS C
07	FACTURAS M
08	RECIBOS M

ANEXO III

VALIDACIONES

1. **CUIL**
   Se verificará que el CUIL exista en el padrón de beneficiarios en esa Obra Social.

2. **CUIT**
   El CUIT deberá existir en el universo CUIL-CUIT de AFIP.

3. **ADHERENTES VOLUNTARIOS**
   El tipo de beneficiario adherente voluntario (código 03) no puede ser presentado para el cobro del subsidio.

4. **CÓDIGO DE PRÁCTICA**
   El código de práctica deberá existir dentro del nomenclador proporcionado por la SSSalud.

5. **CUIL - CÓDIGO DE PRACTICA - CUIT - COMPROBANTE**
   Se validará que el registro informado no se encuentre duplicado para igual CUIL, igual CÓDIGO DE PRACTICA, igual CUIT, igual TIPO DE COMPROBANTE, igual PUNTO DE VENTA, igual NÚMERO DE COMPROBANTE. Solo se aceptara un registro y se rechazaran los duplicados.

6. CUIL - PERIODO DE PRESTACION - PRACTICAS

Si se solicita el modulo “Apoyo a la integración escolar” (código 089) no se podrán solicitar para igual CUIL, igual PERIODO DE PRESTACIÓN, los módulos de “Escolaridad” (códigos 025 a 036).

En este caso se aplicará la prioridad a los registros que informen módulo “Apoyo a la integración escolar” y se rechazarán los registros de los módulos de “Escolaridad”.

Si se solicita el modulo “Prestaciones de apoyo” (código 086) no se podrán solicitar para igual CUIL, igual PERIODO DE PRESTACIÓN los módulos de “Rehabilitación” (códigos 090 y 091).

En este caso se aplicará la prioridad a los módulos de “Rehabilitación” y se rechazaran los registros del módulo de “Prestaciones de apoyo”.

Para solicitar el modulo “Prestaciones de apoyo” (código 086) se deberá solicitar para igual CUIL, igual PERIODO DE PRESTACIÓN como mínimo 1 (una) PRACTICA PRINCIPAL. La PRACTICA PRINCIPAL NO podrá ser TRANSPORTE (código 096).

Si se solicita el módulo de “Alimentación” (código 095) no podrá solicitarse los códigos de prácticas: (001 a 003, 007 a 009, 013 a 015, 019 a 021, 025 a 027, 031 a 033, 037 a 091, 093, 094 y 096)

7. DEPENDENCIA

Solo se permitirá informar DEPENDENCIA para las prácticas:

Centro de día-Jornada Doble A (código 001)
Centro de día-Jornada Doble B (código 002)
Centro de día-Jornada Doble C (código 003)
Centro de día-Jornada Simple A (código 004)
Centro de día-Jornada Simple B (código 005)
Centro de día-Jornada Simple C (código 006)
Centro de Educación Terap-Jornada Doble A (código 007)
Centro de Educación Terap-Jornada Doble B (código 008)
Centro de Educación Terap-Jornada Doble C (código 009)
Centro de Educación Terap-Jornada Simple A (código 010)
Centro de Educación Terap-Jornada Simple B (código 011)
Centro de Educación Terap-Jornada Simple C (código 012)
Hogar Lunes a Viernes A (código 040)
Hogar Lunes a Viernes B (código 041)
Hogar Lunes a Viernes C (código 042)
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Día A (código 043)
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Día B (código 044)
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Día C (código 045)
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Ed, Terapéutica A (código 046)
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Ed, Terapéutica B (código 047)
Hogar Lunes a Viernes con Centro de Ed, Terapéutica C (código 048)
Transporte (código 096)

8. PROVINCIA

El código de provincia deberá existir dentro de la tabla “Provincias” proporcionada en el Anexo II.

Para las prestaciones que se haya facturado el porcentaje adicional correspondiente por zona desfavorable se deberá informar el código de provincia en la cual el beneficiario recibió la prestación. En el caso de que no se haya facturado el porcentaje adicional por zona desfavorable, por ser una provincia que no corresponda o porque el prestador no aplico dicho porcentaje aunque se hubiese dado la prestación en una zona desfavorable, se deberá colocar el código de provincia según lo indica la tabla auxiliar correspondiente.

9. **CANTIDAD**
   Se validará que en el campo CANTIDAD se coloque la unidad de medida correspondiente para cada práctica.

10. **PERIODO DE PRESTACIÓN - FECHA DE EMISIÓN DEL COMPROBANTE**
    Se validará que el mes y año de la FECHA DE EMISIÓN DEL COMPROBANTE sea mayor o igual al PERIODO DE PRESTACIÓN.

11. **CUIT – NÚMERO DE COMPROBANTE – PUNTO DE VENTA – TIPO DE COMPROBANTE**
    Se validara que el CUIT, NUMERO DE COMPROBANTE, PUNTO DE VENTA, TIPO DE COMPROBANTE no se encuentre duplicado o presentado a través del Sistema Único de Reintegros.

ANEXO IV

CODIGOS DE RECHAZO DEL FTP

Campo de validación	Código	Descripción	Acciones a seguir
Archivo	300	Tiene que coincidir el código del archivo con el código de Obra Social que realiza la transferencia	Verificar código del RNOS del nombre del archivo
Tipo de archivo	301	La sigla del archivo no corresponde	La sigla del archivo debe ser DS
CUIL	302	CUIL. Debe ser informado	Corroborar el CUIL informado
	303	CUIL. Debe ser numérico de 11 dígitos	
	304	CUIL. Se verifica que el prefijo sea 20, 27, 23 o 24	
	305	CUIL. Se verifica que el digito verificador sea correcto	
Código del certificado	306	Tienen que ser 40 caracteres	Verificar cantidad de caracteres
Vencimiento del certificado	307	Tiene que ser de 10 caracteres y formato de fecha valido	Verificar caracteres y formato de fecha
Período de prestación	308	Debe ser informado	Verificar si fue informado, cantidad de posiciones y periodo
	309	Debe ser numérico y de 6 posiciones	
	310	Debe ser un período valido mayor o igual a 201608 y menor igual al periodo en curso	
	311	Se permite como máximo 6 periodos hacia atrás en relación al periodo en curso	
CUIT	312	CUIT del prestador. Debe ser informado	Corroborar el CUIT informado
	313	CUIT del prestador. Debe ser numérico de 11 dígitos	
	314	CUIT del prestador. Se verifica que el prefijo sea 30, 33, 34, 20, 27, 23, o 24	
	315	CUIT del prestador. Se verifica que el digito verificador sea correcto	

Tipo de comprobante	316	Debe ser informado	Verificar si fue informado, cantidad de dígitos y código de comprobante
	317	Debe ser numérico de 2 dígitos	
	318	Debe ser un código valido según la tabla “Comprobantes”	
Tipo de emisión	319	Debe ser informado	Verificar si fue informado, cantidad de caracteres y código de emisión
	320	Debe ser de 1 carácter	
	321	Debe ser E o I	
Fecha de emisión del comprobante	322	Debe ser informada	Verificar si fue informado, cantidad de caracteres y formato de fecha
	323	Tiene que ser de 10 caracteres y formato de fecha valido	
CAE/CAI	324	Debe ser informado	Verificar si fue informado, tipo de dato y cantidad de posiciones
	325	Debe ser numérico y de 14 posiciones	
Punto de venta	326	Debe ser informado	Verificar si fue informado, tipo de dato y cantidad de posiciones
	327	Debe ser numérico y de 4 posiciones	
N° de comprobante	328	Debe ser informado	Verificar si fue informado, tipo de dato y cantidad de posiciones
	329	Debe ser numérico y de 8 posiciones	

Importe de comprobante	330	Debe ser informado	Verificar si fue informado, tipo de dato y cantidad de posiciones
	331	Debe ser numérico y de 10 posiciones. Los últimos dos (2) dígitos se toman como decimales.	
Importe Solicitado	332	Debe ser informado	Verificar si fue informado, tipo de dato y cantidad de posiciones
	333	Debe ser numérico y de 10 posiciones. Los últimos dos (2) dígitos se toman como decimales.	
Código de practica	334	Debe ser informado	Verificar si fue informado, tipo de dato, cantidad de posiciones y código valido
	335	Debe ser numérico y de 3 posiciones	
	336	Debe ser un código valido según nomenclador de practicas	
Cantidad	337	Debe ser informado	Verificar si fue informado, tipo de dato y cantidad de posiciones
	338	Debe ser numérico y de 6 posiciones	
Provincia	339	Debe ser informado	Verificar si fue informado, tipo de dato, cantidad de posiciones y código valido
	340	Debe ser numérico de 2 posiciones	
	341	Debe ser un código valido según la tabla “Provincias”	
Dependencia	342	Debe ser informado	Verificar si fue informado, cantidad de caracteres y código de dependencia
	343	Debe ser 1 carácter	
	344	Debe ser S o N	

Código de practica – Cantidad	345	Para los códigos de práctica: del 001 al 087, 089, 092, 093 y 094 la cantidad debe ser 1	Verificar cantidad según los valores permitidos para cada unidad de medida
	347	Para los códigos de practica 090 y 091 la cantidad debe ser entre 1 y 4	
	348	Para el código de practica 095 la cantidad debe ser entre 1 y 31	
	349	Para el código de practica 096 la cantidad debe ser entre 1 y 9999	
Dependencia – Código de practica	350	Para códigos de practica de 013 a 039 y 049 a 095 no corresponde dependencia	Verificar si corresponde dependencia
Periodo de prestación – Fecha de emisión del comprobante	351	Mes y año de la fecha de emisión del comprobante debe ser mayor o igual al periodo de prestación	Corroborar que la fecha de emisión sea mayor o igual al periodo de prestación
CUIL – Código de practica – CUIT – Tipo de comprobante – Punto de venta – Numero de comprobante	353	No se permitirán registros duplicados para igual CUIL, igual CÓDIGO DE PRACTICA, igual CUIT, igual TIPO DE COMPROBANTE, igual PUNTO DE VENTA, igual NÚMERO DE COMPROBANTE. Solo se aceptara un registro y se rechazaran los duplicados.	Verificar duplicidad de registros

CODIGOS DE RECHAZO DEL PROCESO

Campo de validación	Código	Descripción	Acciones a seguir
CUIL – RNOS – Tipo de beneficiario	400	El CUIL debe existir en el padrón de la Obra Social, y no debe ser del tipo beneficiario adherente (tipo de beneficiario 03)	Verificar si el CUIL existe en el padrón y tipo de beneficiario
CUIT	403	El CUIT debe existir en el Universo de CUIT	Verificar CUIT
Código de practica – Cantidad	404	La cantidad informada para el código de práctica no corresponde	Verificar cantidad según los valores permitidos para cada unidad de medida
Dependencia – Código de practica	405	El código de practica informado no puede tener dependencia	Verificar si corresponde dependencia

CUIL – Periodo de prestación – Código de practica	406	Si se solicita el modulo “Apoyo a la integración escolar” (código 089) no se podrán solicitar para igual CUIL, igual PERIODO, los módulos de “Escolaridad” (códigos 025 a 036). En este caso se aplicara la prioridad a los registros que informen módulo “Apoyo a la integración escolar” y se rechazaran los registros de los módulos de “Escolaridad”.	Verificar códigos de prácticas para igual CUIL igual periodo de prestación
	407	Si se solicita el modulo “Prestaciones de apoyo” (código 086) no se podrán solicitar para igual CUIL, igual PERIODO los módulos de “Rehabilitación” (códigos 090 y 091). En este caso se aplicara la prioridad a los módulos de “Rehabilitación” y se rechazaran los registros del módulo de “Prestaciones de apoyo”.	Verificar códigos de prácticas para igual CUIL igual periodo de prestación
	408	Para solicitar el modulo “Prestaciones de apoyo” (código 086) se deberá solicitar para igual CUIL, igual PERIODO, como mínimo 1 (una) PRACTICA PRINCIPAL.	Verificar códigos de prácticas para igual CUIL igual periodo de prestación
	409	Si se solicita el módulo de “Alimentación” (código 095) no podrá solicitarse los códigos de prácticas: (001 a 003, 007 a 009, 013 a 015, 019 a 021, 025 a 027, 031 a 033, 037 a 091, 093, 094 y 096)	Verificar códigos de prácticas para igual CUIL igual periodo de prestación
CUIT – Tipo de comprobante – Punto de venta – Numero de comprobante	411	El comprobante se encuentra duplicado o presentado a través del Sistema Único de Reintegros.	Verificar registro informado

ANEXO V

NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS

CODIGO	MODULO
001	CENTRO DE DÍA - JORNADA DOBLE CAT.A (MENSUAL)
002	CENTRO DE DÍA - JORNADA DOBLE CAT.B (MENSUAL)
003	CENTRO DE DÍA - JORNADA DOBLE CAT.C (MENSUAL)
004	CENTRO DE DÍA - JORNADA SIMPLE CAT.A (MENSUAL)
005	CENTRO DE DÍA - JORNADA SIMPLE CAT.B (MENSUAL)
006	CENTRO DE DÍA - JORNADA SIMPLE CAT.C (MENSUAL)
007	CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.A (MENSUAL)
008	CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.B (MENSUAL)
009	CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA DOBLE CAT.C (MENSUAL)
010	CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE CAT.A (MENSUAL)
011	CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE CAT.B (MENSUAL)
012	CENTRO DE EDUCATIVO TERAPEUTICO - JORNADA SIMPLE CAT.C (MENSUAL)
013	FORMACION LABORAL - JORNADA DOBLE CAT.A (MENSUAL)
014	FORMACION LABORAL - JORNADA DOBLE CAT.B (MENSUAL)
015	FORMACION LABORAL - JORNADA DOBLE CAT.C (MENSUAL)
016	FORMACION LABORAL - JORNADA SIMPLE CAT.A (MENSUAL)
017	FORMACION LABORAL - JORNADA SIMPLE CAT.B (MENSUAL)
018	FORMACION LABORAL - JORNADA SIMPLE CAT.C (MENSUAL)
019	APREST. LABORAL - JORNADA DOBLE CAT.A (MENSUAL)
020	APREST. LABORAL - JORNADA DOBLE CAT.B (MENSUAL)
021	APREST. LABORAL - JORNADA DOBLE CAT.C (MENSUAL)
022	APREST. LABORAL - JORNADA SIMPLE CAT.A (MENSUAL)
023	APREST. LABORAL - JORNADA SIMPLE CAT.B (MENSUAL)
024	APREST. LABORAL - JORNADA SIMPLE CAT.C (MENSUAL)

025	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT.A (MENSUAL)
026	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT.B (MENSUAL)
027	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT.C (MENSUAL)
028	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA SIMPLE CAT.A (MENSUAL)
029	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA SIMPLE CAT.B (MENSUAL)
030	ESCOLARIDAD PRE-PRIMARIA JORNADA SIMPLE CAT.C (MENSUAL)
031	ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT.A (MENSUAL)
032	ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT.B (MENSUAL)
033	ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA DOBLE CAT.C (MENSUAL)
034	ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA SIMPLE CAT.A (MENSUAL)
035	ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA SIMPLE CAT.B (MENSUAL)
036	ESCOLARIDAD PRIMARIA JORNADA SIMPLE CAT.C (MENSUAL)
037	HOGAR - PERMANENTE CAT.A (MENSUAL)
038	HOGAR - PERMANENTE CAT.B (MENSUAL)
039	HOGAR - PERMANENTE CAT.C (MENSUAL)
040	HOGAR LUNES A VIERNES CAT.A (MENSUAL)
041	HOGAR LUNES A VIERNES CAT.B (MENSUAL)
042	HOGAR LUNES A VIERNES CAT.C (MENSUAL)
043	HOGAR CON CD LUNES A VIERNES CAT.A (MENSUAL)
044	HOGAR CON CD LUNES A VIERNES CAT.B (MENSUAL)
045	HOGAR CON CD LUNES A VIERNES CAT.C (MENSUAL)
046	HOGAR CON CET LUNES A VIERNES CAT.A (MENSUAL)
047	HOGAR CON CET LUNES A VIERNES CAT.B (MENSUAL)
048	HOGAR CON CET LUNES A VIERNES CAT.C (MENSUAL)
049	HOGAR LUNES A VIERNES CON FORMACIÓN LABORAL CAT.A (MENSUAL)
050	HOGAR LUNES A VIERNES CON FORMACIÓN LABORAL CAT.B (MENSUAL)
051	HOGAR LUNES A VIERNES CON FORMACIÓN LABORAL CAT.C (MENSUAL)
052	HOGAR LUNES A VIERNES CON PRE-PRIMARIA CAT.A (MENSUAL)

053	HOGAR LUNES A VIERNES CON PRE-PRIMARIA CAT.B (MENSUAL)
054	HOGAR LUNES A VIERNES CON PRE-PRIMARIA CAT.C (MENSUAL)
055	HOGAR LUNES A VIERNES CON PRIMARIA CAT.A (MENSUAL)
056	HOGAR LUNES A VIERNES CON PRIMARIA CAT.B (MENSUAL)
057	HOGAR LUNES A VIERNES CON PRIMARIA CAT.C (MENSUAL)
058	HOGAR CON CD PERMANENTE CAT.A (MENSUAL)
059	HOGAR CON CD PERMANENTE CAT.B (MENSUAL)
060	HOGAR CON CD PERMANENTE CAT.C (MENSUAL)
061	HOGAR CON CET PERMANENTE CAT.A (MENSUAL)
062	HOGAR CON CET PERMANENTE CAT.B (MENSUAL)
063	HOGAR CON CET PERMANENTE CAT.C (MENSUAL)
064	HOGAR PERMANENTE CON FORMACIÓN LABORAL CAT.A (MENSUAL)
065	HOGAR PERMANENTE CON FORMACIÓN LABORAL CAT.B (MENSUAL)
066	HOGAR PERMANENTE CON FORMACIÓN LABORAL CAT.C (MENSUAL)
067	HOGAR PERMANENTE CON PRE-PRIMARIA CAT.A (MENSUAL)
068	HOGAR PERMANENTE CON PRE-PRIMARIA CAT.B (MENSUAL)
069	HOGAR PERMANENTE CON PRE-PRIMARIA CAT.C (MENSUAL)
070	HOGAR PERMANENTE CON PRIMARIA CAT.A (MENSUAL)
071	HOGAR PERMANENTE CON PRIMARIA CAT.B (MENSUAL)
072	HOGAR PERMANENTE CON PRIMARIA CAT.C (MENSUAL)
073	PEQUEÑO HOGAR LUNES A VIERNES CAT.A (MENSUAL)
074	PEQUEÑO HOGAR LUNES A VIERNES CAT.B (MENSUAL)
075	PEQUEÑO HOGAR LUNES A VIERNES CAT.C (MENSUAL)
076	PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE CAT.A (MENSUAL)
077	PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE CAT.B (MENSUAL)
078	PEQUEÑO HOGAR PERMANENTE CAT.C (MENSUAL)
079	RESIDENCIA LUNES A VIERNES CAT.A (MENSUAL)
080	RESIDENCIA LUNES A VIERNES CAT.B (MENSUAL)
081	RESIDENCIA LUNES A VIERNES CAT.C (MENSUAL)

082	RESIDENCIA PERMANENTE CAT.A (MENSUAL)
083	RESIDENCIA PERMANENTE CAT.B (MENSUAL)
084	RESIDENCIA PERMANENTE CAT.C (MENSUAL)
085	ESTIMULACIÓN TEMPRANA (MENSUAL)
086	PRESTACIONES DE APOYO (MENSUAL)
087	MÓDULO MAESTRO DE APOYO (MENSUAL)
089	MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (MENSUAL)
090	REHABILITACIÓN - MÓDULO INTEGRAL INTENSIVO (SEMANAL)
091	REHABILIATACIÓN - MÓDULO INTEGRAL SIMPLE (SEMANAL)
092	REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA SIMPLE (MENSUAL)
093	REHABILITACIÓN - HOSP DE DÍA JORNADA DOBLE (MENSUAL)
094	REHABILITACIÓN - INTERNACIÓN (MENSUAL)
095	ALIMENTACIÓN (DIARIA)
096	TRANSPORTE (KM)