

**Subsecretaria de Desarrollo Social**

**Dirección General de Administración de Desarrollo Social**

**SISTEMA DE PRESTACIONES ALIMENTARIAS**

**PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE PRESTACIONES ALIMENTARIAS**

**VENTAJAS**

* MENOS DOCUMENTACIÓN EN LAS PIEZAS ADMINISTRATIVAS
* AGILIDAD EN EL TRÁMITE MENOR CANTIDAD DE OFICINAS INTERVINIENTES
* SE VUELVE AL SISTEMA ANTERIOR; SIN LIMITES PARA LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS POR EXPEDIENTE - MENOR CANTIDAD DE PIEZAS
* EL PROVEEDOR CONOCE DESDE EL PRINCIPIO EL NÚMERO DE EXPEDIENTE
* FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL – CONTROLES DE GESTIÓN EN LOS EFECTORES
* CONTROLES PREVIOS AL ARMADO DE LA PIEZA MÁS EXIGENTES Y PREVENTIVOS DE ERRORES

**ANTES DE PRESENTAR DOCUMENTACIÓN**

* VERIFICAR INSCRIPCIÓN EN EL **REGISTRO ÚNICO DE PROVEEDORES** Y ESTAR HABILITADO
* CONSTATAR **SITUACIÓN IMPOSITVA** EN LA QUE SE ESTÁ INSCRIPTO A FIN DE CONOCER TIPO DE COMPROBANTE QUE DEBE EMITIR: FACTURA ELECTRÓNICA O MANUAL / TIPO DE REMITOS / CATEGORÍA DE INSCRIPCIÓN
* CONSTATAR EN LA DIDA **TIPO DE FINANCIAMENTO** LA QUE CORRESPONDE/S LA/S PRESTACIONES
* COMPLETAR LOS REMITOS LUEGO DE CADA ENTREGA EN EL EFECTOR -QUEDAN EN EL EFECTOR-
* RECORDAR QUE SE ARMAN **EXPEDIENTES DISTINTOS PARA JARDINES**

**CONCLUIDO EL MES**

* EMITIR FACTURA/S B o C.
* COMPLETAR ANEXOS 1, 2 y 3.
* SOLICITAR A LA/S AUTORIDAD/ES DE/L EFECTOR/ES COMPLETAR ANEXO 4.
* COMPLETAR TODAS LAS FIRMAS

**PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN**

* ANEXO 1
* ANEXO 2
* Factura
* ANEXO 3
* ANEXO 4

**CONTROLES**

* HOJA INICIAL DE CONTROL: LA DOCUMENTACIÓN QUE INTEGRARÁ LA PIEZA ADMINISTRATIVA SERÁ ANTECEDIDA POR UNA HOJA INICIAL DE CONTROL. EVITAR LA CONFORMACIÓN DE LA PIEZA CON ERRORES, CON LOS ATRASOS E INCONVENIENTES QUE ESO IMPLICA. VENGA CON TIEMPO Y PACIENCIA
* **NO** SE PRESENTAN REMITOS AL CONFORMAR EL EXPEDIENTE. LOS MISMOS DEBERÁN ESTAR ARCHIVADOS EN EL EFECTOR EDUCATIVO Y ESTAR A DISPOSICIÓN DEL PERSONAL DE LA DIDA QUE REALICE LOS CONTROLES DE GESTIÓN.
* SE INCREMENTARA LA CANTIDAD DE **CONTROLES DE GESTIÓN EN LOS EFECTORES**.

SI SURGIERAN OBSERVACIONES, YA SEA PARA LOS RESPONSABLES DE LA INSTITUCIÓN O PARA EL/LOS PROVEEDOR/ES SE CONFECCIONARÁ EL ACTA PERTINENTE Y SE CONTINUARÁ CON LAS ACCIONES QUE INDICA EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA DAR CONOCIMIENTO A LAS ÁREAS QUE CORRESPONDE.

**ANEXO I – SOLICITUD DE PAGO DE FACTURAS**

Mendoza,………… de ………………………………….. de …………….

**DIRECCIÓN DE**

**DERECHO A LA ALIMENTACIÓN**

**SRA. TCA. MARÍA SELVA TREVISAN**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DE MI MAYOR CONSIDERACIÓN

Tengo el agrado de dirigirme a usted a los efectos de solicitarle gestiona por la vía administrativa que corresponda, el pago de las prestaciones alimentarias provista a …………………………………. en el mes de ……………………………………..de 20…….. según el siguiente detalle:

|  |  |
| --- | --- |
| **Factura/s Nº** | **Nombre Efector/es** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Declaro domicilio legal: Calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma y aclaración Proveedor

**ANEXO 2 – DECLARACIÓN DE PRESTACIONES EFECTUADAS**

Mendoza,………… de ………………………………….. de …………….

**DIRECCIÓN DE**

**DERECHO A LA ALIMENTACIÓN**

**SRA. TCA. MARÍA SELVA TREVISAN**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DE MI MAYOR CONSIDERACIÓN

Por intermedio de la presente se informa que el proveedor ……………………………..………………………………………………………… CUIT Nº …………………….. ha entregado a ……………………………………………………………………………………………… Insumos correspondientes las siguientes raciones, conforme a remitos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Prestación** | **Cantidad de raciones diarias** | **Cantidad de días** | **Total raciones** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

PERÍODO:……………… …………………………………………

Observación de la prestación recibida: ………………………………………………………………………

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

El presente informe reviste carácter de Declaración Jurada.

Sin otro particular saludo a Ud. muy atte.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Firma, aclaración, DNI  Proveedor |  | Firma, aclaración, DNI, cargo  Responsable Efector |  | Firma, aclaración, DNI, cargo  Responsable Efector |

Sello Efector

**ANEXO 3 – DETALLES DE REMITOS DE ALIMENTOS ENTREGADOS A EFECTOR**

Mendoza, de de

**DIRECCIÓN DE**

**DERECHO A LA ALIMENTACIÓN**

**SRA. TCA. MARÍA SELVA TREVISAN**

DE MI MAYOR CONSIDERACIÓN

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los efectos de **informar** los números de **remitos** correspondientes a las prestaciones alimentarias provistas al efector ………………………………………………………………………………………………. en el mes de ……………………………… de 20………. según el siguiente detalle:

|  |  |
| --- | --- |
| **Remitos Nº** | **Corresponde a Factura Nº** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Los remitos detallados se encuentran a disposición en el establecimiento escolar.

Sin otro particular saludo a Ud. muy atte.

|  |
| --- |
| Firma y Aclaración Proveedor |

**ANEXO 4 – PLANILLA DE CONTROL DE ENTREGA DE MERCADERÍA – DIDA**

EFECTOR………………………………………………………………………………………. MES DE …………………………………….. DE 20…………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRESTACIÓN/ES | MERIENDA PRIMARIA | MERIENDA SIMPLE (C.C.) | MERIENDA REFORZADA P. | MERIENDA SEC. (C.C.) | MERIENDA REFORZADA SECUNDARIA (C.C.) | PANIFICADO | RACIONES ESPECIALES | MERIENDA JARDÍN NUCLEADO |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DÍA | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |  |
| REMITO Nº …………. - …………………………………. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **INSUMOS** | **U.M.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TOTAL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Declaro que los datos consignados en la planilla corresponden a los menúes vigentes y concuerdan a lo realmente recibido**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **CONTROL DE GESTIÓN** | |
| ACLARACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ACLARACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | FIRMA NUTRICIONISTA DIDA | Vº Bº CONTROL REMITOS |
| DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| CARGO EFECTOR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | CARGO EFECTOR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Mendoza,…………. de……………………………………………………..de ……………**