OSUTHGRA

OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

INSTRUCTIVO FACTURACIÓN de PRESTACIONES por DISCAPACIDAD AÑO 2026 .

Será motivo de **RECHAZO** de las facturas el incumplimiento del presente instructivo con todas sus modificaciones.

La presentación de la facturación se realiza **SIN EXCEPCIÓN** del 01 al 10 del mes siguiente al facturado.

Versión actualizada al 17/09/2025

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).
En caso de dudas comunicarse con el Sector Facturación Discapacidad Tel.: 4341-8090 Int.: 949 e-mail: ape.facturacion@uthgra.org.ar

La carga de las facturas se realizará únicamente a través del portal de prestadores de discapacidad de **Prestaciones Autorizadas por OSUTHGRA**.

Link de acceso

- http://www.uthgraconsultas.org.ar/wsuthgra/resumencuenta/resumencuenta.php

Además de proceder a la carga de las facturas, se podrá visualizar las prestaciones autorizadas a los beneficiarios que se encuentran en tratamiento con Uds.

TIEMPOS DE PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN.

Las Facturas se ingresarán **sin excepción A MES VENCIDO, del 1 AL 10 DEL MES SIGUIENTE**, este es un ***requisito indeclinable para evitar demoras en el pago y sus consecuencias***.

Las facturas **solo serán aceptadas** si cumplen con los pasos detallados a continuación.

FORMAS DE PRESENTACIÓN.

La facturación de las prestaciones incluidas **únicamente** en el *Mecanismo de Integración*, serán recibidas por la Obra Social en la página

En el portal se deberán cargar la factura, la copia de la autorización emitida por el Dpto. SUR - Discapacidad OSUTHGRA, la Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación y la misma **deberá estar firmada por prestador, la PcD o el familiar responsable/Tutor y el profesional / prestador a donde se realiza el traslado**, y/o la Constancia de Alumno Regular/Constancia de asistencia.

Archivos a presentar:

a) FACTURA ELECTRÓNICA B o C **ORIGINAL (adjuntar archivo PDF generado por AFIP - NO imprimir y firmar ya que no se aceptará la factura en foto o escaneada)**.

b) Planilla de asistencia mensual al consultorio o establecimiento (Instituciones y profesionales) en carácter de DDJJ por cada prestación, ANEXO I – FACTURACIÓN. que **deberá estar firmada de manera olografa (de puño y letra) por el prestador, la PcD o el familiar responsable/tutor.**

IMPORTANTE:

- **Si el mes facturado no se encuentra autorizado no se podrá cargar la factura.**
- La facturación debe ser MENSUAL.
- En ningún caso se recepcionarán facturas Tipo “A” ni Recibos “B” o “C”.
- No se aceptarán facturas que incluyan más de un beneficiario y/o más de un Período facturado.
- Se solicita respetar la correlatividad del n º de factura, fecha de emisión y mes facturado.
- Se deberá presentar por el mismo portal el **Informe Semestral** de la prestación específico del beneficiario, elaborado por la Institución y/o Profesional con firma y sello, el mismo es requisito obligatorio cada seis meses a partir del inicio de la prestación.

3) CONFECCIÓN DE LAS FACTURAS.

Todos los datos deben coincidir con la Planilla de Autorización vigente SIN EXCEPCIÓN.

En todos los tipos de Prestaciones, las facturas deberán contener:

- Fecha de emisión: Posterior al mes de prestación y anterior al vencimiento del CAE.
- Estar confeccionada a nombre de: **O.S.U.T.H.G.R.A.**
- Domicilio: **Av. de Mayo 930 (C1084ARR) -**
- **CABA** CUIT: **30-53133865-7**.
- Condición IVA: **EXENTO.**
- Condición de Venta: **Cuenta Corriente.**

CUIT: 30531338657	**Apellido y Nombre / Razón Social:** OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO HOTELERO Y GASTRONOMICO
Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento	**Domicilio:** De Mayo Av. 930 Piso:PB - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires
Condición de venta: Cuenta Corriente	

●**Periodo facturado** (mes y año calendario – Ej. Desde: 01/01/2026 Hasta: 31/01/2026).

Período Facturado Desde: 01/05/2025 **Hasta:** 31/05/2025

En el **concepto** se deberán indicar los siguientes datos:

a) <u>FACTURA DE INSTITUCIONES</u>

- **Nombre y Apellido del Beneficiario** (<u>debe coincidir</u> con el expresado en la Planilla de Autorización).
- **DNI (Obligatorio)** de la persona con discapacidad que recibe la prestación.
- Prestación brindada según Autorización especificando: Modalidad, Jornada Simple o Doble y Categoría correspondiente en vigencia. (De acuerdo al Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad).
- Indicar si corresponde **Dependencia.**
- Monto total de la prestación facturada.

Ejemplo factura mensual

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	CONCEPTO ESCOLARIDAD EGB JORNADA DOBLE CATEG A ALUMNO: [redacted] DNI [redacted] AFILIADO: [redacted] PERIODO: Julio 2023	1,00	unidades	250097,99	0,00	0,00	250097,99

Ejemplo factura por diferencia de arancel

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Honorarios por prestación de CET Jornada Doble, con Dependencia Cat A. Benef: [redacted] Afiliado [redacted]. DNI: [redacted] Aranceles Según Resolución Conjunta 7/2023 del M.S. N. y la A.N.D. Correspondiente a Diferencia Arancel mes de Octubre de 2023.	1,00	unidades	39694,34	0,00	0,00	39694,34

b) FACTURA de PROFESIONALES

- **Nombre y Apellido del Beneficiario** (debe coincidir con el expresado en la Planilla de Autorización).
- **DNI (Obligatorio)** de la persona con discapacidad que recibe la prestación.
- Prestación brindada según Autorización. (De acuerdo al Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad).
- Cantidad de sesiones que concurrió el beneficiario durante ese mes.
- Monto individual de la sesión.
- Monto total de las sesiones facturadas.

Ejemplo factura mensual

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	PRESTACIÓN DE APOYO: PSICOPEDAGOGÍA 8 SESIONES [redacted]. DNI [redacted]. AFIL. [redacted].CORRESPONDIENTE MES DE MARZO-23. RES. MS. 01/2023	8,00	unidades	3379,93	0,00	0,00	27039,44

Ejemplo factura por diferencia de arancel

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	DIFERENCIA HONORARIOS POR CUATRO (4) SESIONES DE APOYO PSICOLOGICO CORRESPONDIENTES AL MES DE OCTUBRE DE 2023 AL AFILIADO [redacted] D.N.I [redacted] AFILIADO Nº [redacted]	4,00	unidades	467,76	0,00	0,00	1871,04

MUY IMPORTANTE

Es **condición de aceptación de la factura**, que la **AFILIACIÓN SE ENCUENTRE ACTIVA Y REGULAR**:

- **AFILIADO GASTRONOMICO:** que haya sido declarado mensualmente por su empleador en ARCA.

- **AFILIADO MONOTRIBUTISTA:** que tenga el pago del monotributo al día.

- **AFILIADO JUBILADO:** que tenga el comprobante de cobro del mes correspondiente al mes facturado.

- **AFILIADO DESEMPLEADO:** que tenga el comprobante de cobro del mes correspondiente al mes facturado.

- **NO debe adjuntarse copia de Recibo de Haberes, CARNET ni DNI.**

- En los casos en donde las autorizaciones de prestaciones hayan sido otorgadas en tiempo y forma y el prestador facture las mismas después de haber transcurrido dos meses, su presentación no generará obligación de pago por parte de la Obra Social. Además se deberá presentar, junto a la factura, una nota explicando los motivos de facturar dichas prestaciones fuera de término, los cuales serán auditados.

OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA - Sector Facturación DISCAPACIDAD - Teléfono: 4341-8090 Int.: 896
ape.facturacion@uthgra.org.ar

ANEXO I FACTURACIÓN - PLANILLA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA PRESTADORES

(**IMPORTANTE:** CADA NÚMERO DE CASILLERO ES LA FECHA QUE CORRESPONDE AL DÍA DEL MES CALENDARIO)

Nombre y Apellido del Beneficiario:……

Mes y Año:……Prestación:.....…….

FECHA	Firma PdC o Familiar responsable/Tutor	FECHA	Firma PdC o Familiar responsable/Tutor
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16			

Los datos consignados en el presente Anexo tienen carácter de Declaración Jurada.

En los casilleros colocar la **Firma de la PdC o del Familiar responsable/Tutor** en el día de atención correspondiente.

Todas las firmas deben ser ológrafas (de puño y letra).

Firma y sello del Profesional / Prestador