OSUTHGRA

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

INSTRUCTIVO FACTURACION

TRANSPORTE 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 / https://osuthgra.org.ar/guia-de-tramites/

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) TRANSPORTE: Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación, que **deberá estar firmada de manera ológrafa (de puño y letra) por el transportista, la PcD o el familiar responsable/Tutor y el profesional / prestador a donde se realiza el traslado.** ANEXO II – FACTURACIÓN. **Además adjuntar** cuando el traslado sea a **Escuela común**, **la Constancia de Alumno Regular correspondiente al mes facturado**.

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.

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) -**
- 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) FACTURA de TRANSPORTE (REALIZAR UNA FACTURA POR RECORRIDO AUTORIZADO)

- El recorrido realizado, desde la direccion de origen/ partida hasta la dreccion de destino.
- Indicar la prestacion a la que concurre.
- Valor unitario del kilometro.
- Cantidad de kilòmetros y costo por viaje.
- Cantidad total de dias viajados al mes.
- Cantidad total de kilometros mensuales.
- Importe total.
- Indicar si corresponde **Dependencia. La dependencia solo se reconocerá si se encuentra autorizada en la Autorizacion de la OSUTHGRA.**
- **Nombre y Apellido del Beneficiario.** (debe coincidir con el expresado en la Autorizacion)
- **DNI (Obligatorio)** de la persona con discapacidad que recibe la prestación.

Ejemplo factura mensual

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Traslado para Beneficiario [redacted] DNI: [redacted] con Nº Afiliado [redacted] desde su casa ([redacted], Va. Gral. Belgrano, Cba) a Psicopedagogía ([redacted], Sta. Rosa de Calamuchita, Cba.) ida y vuelta 2 veces por semana.	198,00	km	168,91	0,00	0,00	33444,18
	Beneficiario sin Dependencia/ Cant. Km por viaje: 11/ Cant. de viajes al mes: 18/ Monto individual por viaje: $1858,01/ Cant. Km mes Jun: 198/ $/Km: 168,91 (Res. Conjunta 4/2023)/ Total Facturado Jun 2023. Res. 1992/2015 Min. Salud.	1,00	otras unidades	0,00	0,00	0,00	0,00

Ejemplo factura por diferencia de arancel

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Traslado para Beneficiario [redacted] DNI: [redacted] con Nº Afiliado [redacted] desde su casa ([redacted], Va. Gral. Belgrano, Cba) a Fonoaudiología ([redacted], Sta. Rosa de Calamuchita, Cba.) ida y vuelta 3 veces por semana.	240,00	km	20,98	0,00	0,00	5035,20
	Beneficiario sin Dependencia/ Cant. Km por viaje: 12/ Cant. de viajes al mes: 20/ Cant. Km mes May: 240/ Dif. Aumento $/Km: 20,98 (Res. Conjunta 4/2023)/ Total Facturado May 2023. Res. 1992/2015 Min. Salud.	1,00	otras unidades	0,00	0,00	0,00	0,00

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 II FACTURACIÓN - PLANILLA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

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

Nombre y Apellido del Beneficiario:……

Mes y Año:…… Prestación a la que concurre:.....

Dirección Partida:.....…… Dirección Destino:.....

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.

Firma y sello del Transportista …….. Firma y sello del Profesional / Prestador donde asiste

La conformidad de la institución o del profesional es requisito obligatorio y la falta será motivo de RECHAZO.

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