



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

**FACTURACION de PRESTACIONES por DISCAPACIDAD
AÑO 2018. INSTRUCTIVO.
(CONFECCION DE FACTURAS, NOTAS DE CREDITO Y RECIBOS).**

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

Av. de Mayo 945, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1084ARR).

En caso de dudas comunicarse a través de: Tel.: 4341-8057 / Tel.: 4341-8090 Int. 948 / Sector DISCAPACIDAD

e-mail: ape.facturacion@uthgra.org.ar / www.osuthgra.org.ar / Descargas para Trámites / Para Trámites Sobre Discapacidad.

FACTURACION

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – CP (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD Facturación.
Teléfonos: 4341-8057 / 4341-8090 Int.: 948

Circuito de Facturación de Prestaciones Autorizadas.

- **Exclusivamente** se recepcionará la facturación de las prestaciones incluidas en la **Planilla de Autorización emitida por la OSUTHGRA, SIN EXCEPCION.**

1) TIEMPOS DE PRESENTACION DE LA FACTURACION.

Las Facturas se presentarán **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 a continuación expuestos.

2) FORMAS DE PRESENTACION.

- Documentación requerida para adjuntar a cada una de las facturas:
(Se solicita respetar el orden de presentación a fin de agilizar el trámite administrativo y evitar demoras.)

En ORIGINAL:

- a) FACTURA B o C.
- b) Constancia de Alumno Regular y/o Constancia de asistencia a la institución con firma y sello de Representante Legal y/o Planilla de asistencia diaria a las diferentes terapias con firma y sello de Profesional tratante. **ANEXO I – FACTURACION.**
- c) En caso de **Transporte**: Planilla de Constancia Diaria de Transporte con firma y aclaración del padre, madre o tutor y firma y sello del Transportista. **ANEXO I – FACTURACION.**

Y en FOTOCOPIAS:

- d) Factura (2 copias, **una para la Obra Social y otra como comprobante de recepción**).
- e) En caso de corresponder, adjuntar Constancia de Régimen Informativo de Comprobantes en Existencia-AFIP.
- f) Constancia de Alumno Regular y/o Constancia de asistencia a la institución con firma y sello de Representante Legal y/o planilla de asistencia diaria a las diferentes terapias con firma y sello de Profesional tratante. **ANEXO I – FACTURACION.**
- g) En caso de **Transporte**: Planilla de Constancia Diaria de Transporte con firma y aclaración del padre, madre o tutor y firma y sello del Transportista. **ANEXO I – FACTURACION.**
- h) En caso de que el Beneficiario sea MONOTRIBUTISTA, JUBILADO o DESEMPLEADO, adjuntar copia del ticket de pago correspondiente al mes facturado.
- i) **Fotocopia de la Planilla de Autorización emitida por el Dpto. APE-Discapacidad. Se debe adjuntar la última Autorización. En caso de que la misma posea OBSERVACIONES, NO SE RECEPCIONARA la FACTURA de la Prestación/ Transporte OBSERVADA hasta tanto se cumplimente la documentación faltante.**

IMPORTANTE:

- **NO** podrán recibirse facturas sin la presentación de la copia del **RECIBO CANCELATORIO de las facturas abonadas anteriormente sellada por el Sector de Tesorería. SIN EXCEPCION.**
- La Facturación debe ser **MENSUAL.**
- En ningún caso se recepcionarán facturas **Tipo “A” ni Tipo “M”.**
- **No se aceptarán Facturas o Recibos que incluyan más de un beneficiario, más de un Período facturado o que contengan ENMIENDAS SIN SALVAR CON FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR/ TRANSPORTISTA.**
- **SE SOLICITA RESPETAR LA CORRELATIVIDAD DEL N ° DE FACTURA, FECHA DE EMISIÓN Y MES FACTURADO.**
- **Confeccionar las Facturas y/o Recibos con el mismo color de tinta. En caso contrario debe ser salvado CON FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR/ TRANSPORTISTA.**

3) CONFECCION DE LAS FACTURAS.

En todos los tipos de Prestaciones, las Facturas y/o Recibos deberán contener:

- **Fecha de emisión:** Posterior al mes de prestación y a la fecha de impresión del talonario de facturas y anterior al vencimiento del CAI o CAE. **Para el caso de las Facturas que no posean CAI, deberá adjuntarse a cada factura una fotocopia de la Constancia de Régimen Informativo de Comprobantes en Existencia-AFIP, hasta terminar el talonario declarado o hasta que la normativa AFIP lo disponga.**
- **Estar confeccionada a nombre de: O.S.U.T.H.G.R.A.**
- **Domicilio: Av. de Mayo 930 - Ciudad Autónoma de Bs. As. - CUIT: 30-53133865-7.**
- **Condición IVA: EXENTO.**

a) **FACTURA DE LAS INSTITUCIONES**

En el concepto se deberán indicar los siguientes datos:

- **Nombre de Beneficiario** (debe coincidir con el expresado en la Planilla de Autorización).
- **N ° de Beneficiario (N ° de Carnet)**
- **Periodo facturado** (mes y año calendario).
- **Prestación brindada** (Modalidad según Planilla de Autorización especificando **Jornada Simple o Doble y Categoría correspondiente en vigencia**).
- **Indicar si es beneficiario con Dependencia.**
- **Importe.**

b) **FACTURA DE LOS PROFESIONALES**

En el concepto se deberán indicar los siguientes datos:

- **Nombre de Beneficiario** (debe coincidir con el expresado en la Planilla de Autorización).
- **N ° de Beneficiario (N ° de Carnet)**
- **Periodo facturado** (mes y año calendario).
- **Prestación brindada** (Modalidad según Planilla de Autorización).
- **Cantidad de sesiones** que concurrió el beneficiario durante ese mes.
- **Valor en \$** de la sesión.
- **Valor en \$** del total de las sesiones.

c) **FACTURA DEL TRANSPORTE**

En el concepto se deberán indicar los siguientes datos:

- **Nombre de Beneficiario** al que se le brindó el traslado (debe coincidir con el expresado en la Planilla de Autorización).
- **N ° de Beneficiario (N ° de Carnet)**
- **Periodo facturado** (mes y año calendario).
- **El recorrido realizado** (desde el lugar de origen hasta el lugar de destino).
- **Indicar a la prestación que concurre.**
- **Valor unitario del Km.**
- **Cantidad de Km.** y costo por viaje.
- **Cantidad total** de días viajados al mes.
- **Cantidad total** de Km. Mensuales.
- **Costo total** mensual.
- **Indicar si es beneficiario con Dependencia.**

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 la AFIP.
- **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.
- En los meses de Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre se deberá adjuntar a la factura un **INFORME EVOLUTIVO TRIMESTRAL** específico del Beneficiario, elaborado por la Institución y/o Profesional con firma y sello.
- **NO debe adjuntarse copia de Recibo de Haberes, CARNET ni DNI.**

4) CONFECCION DE NOTA DE CREDITO.

En caso de que la facturación sufra un débito por parte de nuestra Auditoría, el mismo deberá ser respaldado **SIN EXCEPCION** por **NOTA DE CREDITO** que cumpla con todos los requisitos fiscales vigentes. (AFIP).

5) CONFECCION DE RECIBO OFICIAL.

Los Recibos cancelatorios de las Facturas presentadas oportunamente deberán cumplimentar la normativa vigente. (AFIP y Superintendencia de Servicios de Salud).

Los Recibos deberán ser confeccionados de acuerdo a la facturación presentada:

1. Factura Tipo "B" – Recibo "B"
2. Factura Tipo "C" – Recibo "X"
3. Recibo Tipo "C" – Recibo "X"

Cabe aclarar que los comprobantes **Recibo "X"** no poseen ningún carácter fiscal (doble facturación), es solo a los efectos de registración del cobro del valor por parte del Prestador / Transportista. La impresión del Recibo X deberá contener los datos fiscales del Prestador / Transportista (CUIT, Dirección, Ingresos Brutos, Inicio de Actividad, etc.).

En todos los casos, los **RECIBOS** deberán contener:

- **Fecha de emisión:** Corresponde a la fecha en la que se recibe el cheque.
- **Estar confeccionado a nombre de:** O.S.U.T.H.G.R.A.
- **Domicilio:** Av. de Mayo 930 - Ciudad Autónoma de Bs. As. - CUIT: 30-53133865-7.
- **Condición IVA:** EXENTO.

En el concepto se deberán indicar los siguientes datos:

- Si corresponde consignar el Importe en letras del total recibido.
- N ° de Factura/s canceladas completo detallando el Importe de cada una.
- Transferencia Bancaria o N ° de cheque, Banco e Importe.
- Si corresponde consignar el Importe de Retenciones de Ingresos Brutos y/o Ganancias.
- Firma, Aclaración y Sello del emisor del recibo.
- Al pie del recibo deberán figurar los datos completos de la Imprenta.

Si el **Recibo no posee** el espacio suficiente para indicar la totalidad de las facturas canceladas con su correspondiente importe, se deberá adjuntar un detalle con los siguientes datos (Ver Modelo Detalle de Recibo):

- Nombre y Apellido y/o Razón Social
- CUIT del Prestador / Transportista
- Número de Recibo (Completo)
- Fecha de Emisión Recibo
- Emitido a Nombre de: OSUTHGRA
- CUIT: 30-53133865-7
- Detalle (Debe contener Tipo y N ° de Factura e Importe Exacto)
- Importe Total cancelado.
- Firma y Sello del Prestador/ Transportista.

IMPORTANTE:

En caso de: ENMIENDAS, CAMBIO DE TINTA Y/O TACHADURAS, **SALVAR CON FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE EMISOR DEL RECIBO.**

CABE DESTACAR QUE TANTO LA DENOMINACION, el DOMICILIO, la CUIT, la CONDICION FISCAL y el DETALLE DE LAS FACTURAS CANCELADAS CON SU RESPECTIVO IMPORTE, **son campos obligatorios a ser completados por el Prestador/ Transportista, cualquier omisión será causal de devolución para su correspondiente salvedad o enmienda.**

A modo de ejemplo se adjuntan al presente, Modelos de Recibo confeccionados según Normativa vigente y Modelo de factura electrónica.

OSUTHINGRA

MODELO DE RECIBO
(Ejemplo Caso N° 1)

TRANSPORTE ESCOLAR
"BUEN VIAJE"
de Luis Rodolfo Lopez
AV. LARRACA 1234 - C.A.B.A.
TEL: 4-123-1234

RECIBO
N° 0001 - 00001234

FECHA 01/03/2015
CUIT/ING. BRUTOS: 20-12345678-3.
INICIO ACTIVIDADES: 01/01/1995



Responsable Monotributo
O.S.U.T.H.G.R.A

Señor/és AV. DE MAYO 930 - C.A.B.A.

CUIT N° 30-53133865-7

IVA EXENTO

LIQUIDACION DE PAGO

RECIBI(MOS) LA CANTIDAD DE PESOS:

Veinte mil quinientos con 00/100

Fecha	Factura N°	Importe
VER DETALLE ADJUNTO		
TOTAL NETO \$		

Percebido por los conceptos indicados al margen.

Efectivo \$

\$ 20,500

NACION

N°

\$ 20,500

Chaque o/Banco

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

\$

SON \$ 20,500

TRANSPORTE ESCOLAR

Lopez Rodolfo

FIRMA Y SELLO

ORIGINAL BLANCO
DUPLICADO COLOR

IMPRESA "LA SOLE" AV. LARRACA 1456 C.A.B.A. HABILIT. EXP. 154 B7
CUIT 20-87654321-I N° 0001-00000001 AL 0001-00001500 FECHA IMP. 10/2012

**MODELO
DETALLE DE RECIBO
(Ejemplo Caso N° 1)**

RAZON SOCIAL: TRANSPORTE BUEN VIAJE
CUIT N°: 20-23254789-5
DETALLE DE RECIBO N°: 0001-00001222
EMITIDO EL: 09/03/2013
A NOMBRE DE: O.S.U.T.H.G.R.A
CUIT N°: 30-53133865-7
DOMICILIO: AV. DE MAYO 930 – CABA

TIPO	N° DOCUMENTO	IMPORTE
FACTURA	B-0001-00002317	\$5.028,92
FACTURA	B-0001-00002318	\$4.248,84
FACTURA	B-0001-00002319	\$2.743,04
FACTURA	B-0001-00002320	\$5.028,92
FACTURA	B-0001-00002394	\$5.028,92
FACTURA	B-0001-00002396	\$2.743,04
TOTAL:		\$24.821,68

Firma y Sello del Prestador/ Transportista

ORIGINAL

Transporte XXX

B

COD. 06

FACTURA

Razón Social: Transporte XXX SRL

Punto de Venta: 0005 Comp. Nro: 00000009

Fecha de Emisión: 02/08/2015

Domicilio Comercial: La Puna 410

CUIT:

Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades: 01/05/2007

Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto

Período Facturado Desde: 01/07/2015 Hasta: 31/07/2015 Fecha de Vto. para el pago: 02/08/2015

CUIT: 30531338657

Apellido y Nombre / Razón Social: OSUTHGRA

Condición frente al IVA: IVA Sujeto Exento

Domicilio: Av. de Mayo 930 CABA

Condición de venta:

Nro. Remito:

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
--------	---------------------	----------	-----------	--------------	----------	-------------	----------

1	TRASLADO DE Juan Díaz Af. Nro DESDE HASTA (IDA Y VUELTA) CORRESPONDE AL MES DE JULIO DE 2015 VALOR DEL KM \$ 9.45 (\$7.00 MAS 35% DEPENDENCIA \$2.45) KM POR VIAJE - 22 DIAS - KM RECORRIDO AL MES \$ RESOLUCION N° 1948/2014	1,00	unidades	9,45	0,00	0,00	945,00
		1,00	unidades	0,00	0,00	0,00	0,00

Subtotal: \$ 945,00

Importe Otros Tributos: \$ 0,00

Importe Total: \$ 945,00

"TRANSPORTE ESCOLAR"



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 65313142411616

Fecha de Vto. de CAE: 12/08/2015

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación



2017945801306000565313142411616201508120