



**FACTURACIÓN de PRESTACIONES
por DISCAPACIDAD AÑO 2022. INSTRUCTIVO.
(CONFECCIÓN DE FACTURAS, NOTAS DE CRÉDITO Y RECIBOS).**

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

Versión actualizada al 01/07/2022.

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

En caso de dudas comunicarse con el Sector Facturación Discapacidad Tel.: 4341-8090 Int.: 896

e-mail: ape.facturacion@uthgra.org.ar / www.osuthgra.org.ar/

Procedimiento correspondiente al 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 EXCEPCIÓN.**

1) TIEMPOS DE PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN.

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 PRESENTACIÓN.

La facturación de las prestaciones incluidas **únicamente** en el *Mecanismo de Integración*, serán recibidas por la Obra Social vía mail en la siguiente dirección: ape.facturacion@uthgra.org.ar.

Les solicitamos que el **asunto del mail** sea el siguiente sin excepción:

“Nombre de la Seccional – N° de Beneficiario – Apellido y Nombre”

Se deben enviar en archivo adjunto: la Factura, la copia de la autorización emitida por el Dpto. SUR - Discapacidad OSUTHGRA, Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación y que deberá estar firmada por prestador, la PcD o el familiar responsable/Tutor, Constancia de Alumno Regular/Constancia de asistencia, .

La presentación presencial puede realizarse en las sedes de la OSUTHGRA, de acuerdo a la siguiente 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 ELECTRÓNICA B o C **ORIGINAL.**
- b) PROFESIONALES Y TRANSPORTISTAS: Planilla de asistencia mensual en carácter de DDJJ por cada prestación, que deberá estar firmada por prestador, la PcD o el familiar responsable/Tutor. ANEXO I – FACTURACIÓN.
- c) Constancia de Alumno Regular o Constancia de asistencia a la institución.
- d) **Transporte: Además adjuntar** fotocopia de Constancia de Asistencia al lugar donde lo traslada. Ej.: Fotocopia Planilla de asistencia centro de rehabilitación o consultas de psicología. **Excepto** cuando el traslado sea a **Escuela común**, que en estos casos, **la Constancia de Alumno Regular es la correspondiente al mes facturado.**
- e) Factura en **DUPLICADO como comprobante de recepción.**

En FOTOCOPIAS:

- f) Planilla de Autorización emitida por el Dpto. SUR – Discapacidad OSUTHGRA. Se debe adjuntar la última autorización emitida.

IMPORTANTE:

- **Si el mes facturado NO se encuentra AUTORIZADO NO SE RECIBIRÁ LA FACTURA.**
- 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 EXCEPCIÓN.**
- La facturación debe ser MENSUAL.
- En ningún caso se recepcionarán facturas Tipo “A”.
- No se aceptarán Facturas o Recibos que incluyan más de un beneficiario y/o más de un Período facturado.
- Se solicita respetar la correlatividad del n° de factura, fecha de emisión y mes facturado.
- En caso de anulación de alguna factura, la nueva debe incluir en el concepto la leyenda: **“Refacturación o Reemplazo de factura N° xxx”**, para mantener la correlatividad.

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 y/o Recibos deberán contener:

- Fecha de emisión: Posterior al mes de prestación y anterior al vencimiento del CAI o 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.**
- **Nombre y Apellido del Beneficiario** (debe coincidir con el expresado en la Planilla de Autorización).
- **DNI**
- Periodo facturado (mes y año calendario – Ej. Desde: 01/01/2021 Hasta: 31/01/2021).

En el concepto se deberán indicar los siguientes datos:

a) FACTURA DE LAS INSTITUCIONES

- Prestación brindada según Autorización especificando: Modalidad, Jornada Simple o Doble y Categoría correspondiente en vigencia.
- Indicar si corresponde **Dependencia.**
- Importe.

b) FACTURA DE LOS PROFESIONALES

- Prestación brindada según 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 (REALIZAR UNA FACTURA POR RECORRIDO AUTORIZADO)

- 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.
- Importe.
- Indicar si corresponde **Dependencia. La dependencia solo se reconocerá si se encuentra autorizada en la planilla de Autorización de la OSUTHGRA.**

MUY IMPORTANTE

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

- **AFILIADO GASTRONÓMICO:** 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.**

ANEXO I FACTURACIÓN - PLANILLA DE CONSTANCIA DE ASISTENCIA PRESTADORES / 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:.....

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.

Firma y Sello del Prestador/Transportista

4) CONFECCIÓN DE NOTA DE CRÉDITO.

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

5) CONFECCIÓN DE RECIBO OFICIAL (OBLIGATORIO).

Los Recibos cancelatorios de las facturas presentadas oportunamente deberán cumplimentar las normativas vigentes de AFIP y de la Superintendencia de Servicios de Salud.

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

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

Cabe aclarar que los comprobantes **Recibo "X"** no poseen ningún carácter fiscal (doble facturación), es solo a los efectos de la 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 pago.
- **Estar confeccionado 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.

En el concepto se deberán indicar los siguientes datos:

- N ° de Factura/s canceladas completo, detallando el Importe de cada una.
- Si corresponde consignar débitos y/o el importe de retenciones de Ingresos Brutos y/o Ganancias.
- Si corresponde consignar el Importe en letras del total recibido.
- Transferencia Bancaria o N ° de cheque, Banco e Importe.
- Importe total cancelado.
- 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:

- 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 el caso de RECIBOS NO emitidos por AFIP es OBLIGATORIO adjuntar el LIBRE DEUDA firmado y sellado.

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 DENOMINACIÓN, el DOMICILIO, la CUIT, la CONDICIÓN 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.**

Se recuerda que para que la Obra Social pueda realizar los pagos de las prestaciones, todos los prestadores/ transportistas deberán haber presentado la copia del CBU certificado por el banco emisor.

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 tres 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.