



## **FACTURACIÓN de PRESTACIONES por DISCAPACIDAD AÑO 2025.**

### **INSTRUCTIVO SOLO PARA TRANSPORTE.**

**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 13/09/2024.

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](mailto: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 <http://www.uthgraconsultas.org.ar/wsuthgra/resumencuenta/resumencuenta.php>

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 ° 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) - CABA**
- CUIT: **30-53133865-7.**
- Condición IVA: **EXENTO.**
- Condición de Venta: **Cuenta Corriente.**

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

- **Periodo facturado** (mes y año calendario – Ej. Desde: 01/01/2025 Hasta: 31/01/2025).

---

**Período Facturado Desde: 01/08/2024 Hasta: 31/08/2024**

---

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

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

- El recorrido realizado, desde la dirección de origen/partida hasta la dirección de destino.
- Indicar la prestación a la que concurre.
- Valor unitario del kilómetro.
- Cantidad de kilómetros y costo por viaje.
- Cantidad total de días viajados al mes.
- Cantidad total de kilómetros mensuales.
- Importe total.
- Indicar si corresponde **Dependencia. La dependencia solo se reconocerá si se encuentra autorizada en la planilla de Autorización de la OSUTHGRA.**
- **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.

**Ejemplo factura mensual**

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Traslado para Beneficiario [Redacted] [Redacted] DNI: [Redacted] con N° 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] [Redacted] DNI: [Redacted] con N° 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 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.
- **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.

**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).