



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**  
B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.:4301-4178  
RNOS 1-2110-1

# Liquidación de Subsidios por Discapacidad 2023

## Instructivo para Prestadores

### **IMPORTANTE**

Sr Prestador:

Recuerde que el único medio de pago será la TRANSFERENCIA BANCARIA por lo que debe adjuntar el comprobante de CBU y asimismo rogamos no omitir esta información en su presupuesto.



## **INDICE**

1. OBJETIVO.....	3
2. PROCEDIMIENTO CORRESPONDIENTE AL CIRCUITO DE FACTURACION.....	3
2.1. LINEAMIENTOS GENERALES.....	3
2.2. DOCUMENTACION REQUERIDA PARA FACTURAR.....	5
3. CONFECCION DE LA FACTURA.....	5
4. AJUSTES POR FACTURACION .....	7
5. NOTA DE CREDITO.....	7
6. INCREMENTOS POR RESOLUCION MINISTERIAL.....	8
7. <a href="#">RECIBOS CANCELATORIOS DE PAGO</a> .....	9
8. ANEXOS	
a. <a href="#">Planilla de Asistencia Terapias – Prestación por hora</a>	
b. <a href="#">Planilla de Asistencia Instituciones Educativas – CET – Centro de Día</a>	
c. <a href="#">Planilla de Asistencia Transporte</a>	
d. <a href="#">Planilla de Asistencia Módulo de Apoyo a la Integración – Módulo Maestra de Apoyo</a>	



## **1. Objetivo.**

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para realizar la facturación de las prestaciones autorizadas de discapacidad.

## **2. Procedimiento correspondiente al circuito de facturación de las prestaciones autorizadas.**

### **2.1 Lineamientos generales**

- Únicamente será recibida la facturación correspondiente a prestaciones autorizadas.
- La Obra Social se encuentra obligada a cumplir los requisitos exigidos por las normas impositivas emitidas por la AFIP.
- La facturación junto con la documentación respaldatoria debe ser presentada en formato pdf o jpg (**legible**) a la casilla de correo: [integracion@osetya.com.ar](mailto:integracion@osetya.com.ar) . Dicha casilla de correo cuenta con una respuesta automática de confirmación de recepción, de no llegar a recibirla al momento del envío de facturas consultar su recepción.
- Dos veces al año (enero y julio) se pedirá que se envíe a la Sede Central o la delegación más cercana toda la documentación, que fue presentada vía mail, en formato papel (original) y los recibos cancelatorios de pago en sobre cerrado con la planilla correspondiente para ser archivada en los legajos de discapacidad. De todas maneras esa presentación en formato papel será notificada debidamente via email desde nuestra casilla de correo institucional.
- Se deben presentar sin excepción las facturas dentro de los quince primeros días de cada mes. De ser presentadas fuera de término la obra social se guarda el derecho de no incluir las mismas dentro del presupuesto mensual y en consecuencia postergar su correspondiente pago.
- Los prestadores deben presentar las facturas correspondientes **cada mes** (es decir, no se pueden acumular facturas de diferentes períodos de un mismo beneficiario para su presentación conjunta), a fin de que las mismas puedan ser presentadas ante la Superintendencia de Servicios de Salud para su consecuente aprobación y subsidio. Asimismo, se notifica que en la SSS solo se podrá incluir facturación de periodos de



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**  
**B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.:4301-4178**  
**RNOS 1-2110-1**

cobertura de hasta 3 meses anteriores a su presentación (*por ejemplo: en el mes calendario de abril 2023 se pueden presentar facturas de marzo, febrero y enero del año 2023*), por lo tanto, en los casos en donde las autorizaciones hayan sido otorgadas en tiempo y forma, y no se haya cumplido con el plazo de entrega de facturas, los prestadores deben presentar una nota explicando los motivos que originaron el atraso en la presentación y la misma quedará sujeta a evaluación y a consideración del Consejo Directivo su correspondiente pago o debito total del comprobante.

***Asimismo se recuerda que la falta de presentación de las facturas de un prestador afecta de manera directa a los demás prestadores que posee el beneficiario debido a que la carga de las mismas a la SSSalud es por beneficiario y en forma conjunta, por ende, solicitamos ser responsables y considerados con los demás profesionales y cumplir así con los plazos aquí estipulados.***

- No se aceptarán reconsideraciones por débitos parciales.
- Al momento del pago por parte de O.S.E.T.y.A., el prestador deberá entregar un recibo original que cancele el pago de la factura abonada. ([Recibo cancelatorio de pago](#))
- Las facturas deberán ser obligatoriamente
  - ✓ Una por cada beneficiario y por cada periodo de prestación (mes / año)
  - ✓ Una por cada autorización.
- Las facturas no podrán tener tachaduras, correcciones con liquid paper, cambios de tinta y/o letra. No se permite enmiendas en el monto total de las facturas. Las enmiendas deberán ser salvadas con firma y sello o aclaración del prestador que emite la factura.
- Las facturas deben estar firmadas y selladas por el prestador.
- El CUIT de la factura deberá indefectiblemente coincidir con el que figura en la autorización, de no ser así la factura es pasible de débito total.
- El tipo de comprobante aceptado por la Obra Social es factura electrónica tipo B o C.



## **2.2 Documentación requerida para facturar**

A continuación se recuerda la documentación requerida actualmente para facturar las prestaciones autorizadas en concepto de subsidios por discapacidad, conforme las normativas actuales y las disposiciones impositivas vigentes.

- ✓ Factura electrónica original (firmada y sellada)
- ✓ Constancia de Asistencia o Constancia de Alumno Regular (según corresponda\*)
- ✓ Fotocopia del Presupuesto autorizado
- ✓ Constancia de Comprobantes – AFIP.

<https://serviciosweb.afip.gob.ar/genericos/comprobantes/cae.aspx>

*\*IMPORTANTE: LA CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE NO PRESENTEN FACTURACION ANTE EL AREA DE DISCAPACIDAD DEBEN ADJUNTARSE OBLIGATORIAMENTE CON LAS FACTURAS DE LAS SIGUIENTES PRESTACIONES:*

- ✓ Traslados a colegios.
- ✓ Módulo de Apoyo a la Integración (\*).
- ✓ Módulo Maestra de Apoyo (\*).

(\*)En los últimos dos casos si la institución educativa firmó y selló la planilla de asistencia que se adjunta a la facturación todos los meses (modelo en el aquí presente) no será necesario enviar el certificado de alumno regular.

## **3. Factura**

### **3.1 Deberán estar emitidas conforme a los siguientes datos, a saber:**

- Fecha de emisión: debe ser posterior al mes de la prestación brindada.
- Estar extendidos a nombre de: **O.S.E.T.Y.A**
- Domicilio: Av. Montes de Oca 1437 - Ciudad Autónoma de Bs. As.
- CUIT: 33-63368181-9.
- Condición IVA: Exento.



### **3.2 En la descripción o cuerpo de la factura (GENERAL para todas las facturas)**

- Nombre, Apellido y DNI del beneficiario causante (debe concordar con el indicado en la autorización).
- Periodo facturado (MM/AAAA).
- Prestación brindada según el Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad (*para las prestaciones de apoyo se debe especificar qué tipo de terapia es la brindada: Psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, etc..*)
- Monto total facturado.

### **3.3 En la descripción o cuerpo de la factura (ESPECIFICO según la prestación)**

Además de los datos descriptos anteriormente se deben detallar elementos específicos según la modalidad prestacional.

- ✓ En caso de Instituciones Educativas – CET – Centro de Día:
  - Modalidad de prestación (Jornada Simple o Jornada Doble)
  - Categoría del establecimiento.
  - Dependencia (de corresponder).
- ✓ En caso de Terapias individuales:
  - Cantidad de sesiones semanales y cantidad de sesiones mensuales.
  - Valor unitario de las mismas.
- ✓ En caso de Módulos de Rehabilitación Integral:
  - Deberán detallarse las prestaciones y sesiones de cada una de las terapias que conforman al correspondiente módulo. (Ej: “Módulo de Rehabilitación Integral Simple” – Fonoaudiología 1 sesión semanal, Terapia Ocupacional 2 sesiones semanales.)
- ✓ En caso de Módulo de Apoyo a la Integración – Módulo Maestra de Apoyo
  - Sin datos específicos.



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**  
**B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.:4301-4178**  
**RNOS 1-2110-1**

---

- ✓ En caso de transporte:
  - Domicilio de origen y destino.
  - Cantidad de viajes por día y cantidad de viajes mensuales.
  - Cantidad de kilómetros recorridos por viajes.
  - Cantidad total de kilómetros mensuales.
  - Indicar si es beneficiario con dependencia: (SI / NO)

*O.S.E.T.Y.A. brinda cobertura de Transporte Especial a sus beneficiarios dentro del marco establecido por Res 428/99 MS – Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas Discapacidad. De acuerdo a lo establecido en el pto. 2.3.2. de la mencionada Resolución, dicha prestación “comprende el traslado de personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa”. Por lo expuesto, no se abonará el servicio de Transporte Especial utilizado con cualquier otro fin que el traslado del beneficiario al destino indicado en la documentación respaldatoria de la autorización.*

#### **4. Ajustes de facturación – DEBITOS**

Las FACTURAS que sean objeto de débito total o parcial, no serán devueltas a la institución, profesional o prestador, sin excepción.

En los casos en que el débito total fuera refactorable, la documentación respaldatoria será enviada a efectos de posibilitar su refactorización.

La refactorización implica una nueva presentación de la documentación, completa o corregida, con una nueva Factura o Recibo según corresponda y la correspondiente Nota de Crédito a los efectos de cancelar la Factura anterior. El vencimiento de la obligación de pago se considerará a partir de la recepción de la refactorización.

#### **5. Notas de crédito**

Sólo los sujetos que emitieron los comprobantes por las operaciones originarias podrán emitir las notas de crédito y/o débito en concepto de descuentos, bonificaciones, quitas, devoluciones, rescisiones, intereses, etc., siempre que se encuentren relacionadas a una o más facturas o documentos equivalentes emitidos previamente. Y deberá cumplir con



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**  
**B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.:4301-4178**  
**RNOS 1-2110-1**

los requisitos y las formalidades exigidos para los comprobantes emitidos por las operaciones originarias.

Las notas de crédito y/o débito serán emitidas únicamente al mismo receptor de los comprobantes originales para modificar las facturas o documentos equivalentes generados con anterioridad, consignándose el número de las facturas o documentos equivalentes asociados o el período al cual ajustan, referenciando los datos consignados o vinculados a los comprobantes originales.

Cuando la nota de débito o crédito se emita por un ajuste vinculado a diferencias de precio y/o cantidad entre lo pautado por las partes, la nota deberá identificar individualmente a la factura o documento equivalente que ajusta, referenciando asimismo, los datos comerciales consignados o vinculados a los comprobantes originales conforme lo indicado en el párrafo anterior. Y deberán emitirse dentro de los 15 días corridos desde que surja el hecho o situación que requiera su documentación mediante los comprobantes.

**6. Facturación de incrementos de valor por resolución ministerial**

En caso de aprobarse un incremento de aranceles por Resolución Ministerial, se emitirá un ajuste por el valor complementario en la autorización inicial a excepción que la resolución establezca una vigencia posterior a su fecha de emisión y en ese caso se notificará por email para que se realice una única factura con el monto actualizado.

Cabe aclarar que el prestador deberá presentar la(s) factura(s) con el nuevo valor vigente anexando un nuevo presupuesto con “Actualización de Aranceles”.

En caso de tener que facturar un periodo complementario en forma retroactiva, no se requiere nueva constancia de asistencia.

-En el cuerpo de la factura complementaria se debe detallar:

*“Reajuste por incremento de aranceles conforme a Resolución N° \_\_\_\_\_, del afiliado \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_, periodo de prestación \_\_\_\_\_ (MM/AAAA), factura complementaria a la factura N° \_\_\_\_\_. Cantidad de sesiones mensuales \_\_\_\_\_ (de corresponder) o Cantidad de kilómetros mensuales \_\_\_\_\_ (de corresponder).”*



## **Recibos Cancelatorios de Pagos**

Se notifica a los señores prestadores que conforme a **la Resolución 887-E/2017** ([...“documentación contable”]) de la *Superintendencia de Servicios de Salud* todos los prestadores de discapacidad deben presentar un recibo cancelatorio de pago una vez liquidado el importe de la factura de la prestación brindada a los beneficiarios. A continuación se detalla de forma textual lo exigido por dicho ente regulador:

*“Recibo emitido por el prestador en los casos que corresponda por el tipo de factura emitida, dirigido al Agente de Salud<sup>1</sup> y completo en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos:”*

- 1.Fecha.
  2. Número completo de factura que cancela.
  3. En el caso de recibo global, el mismo deberá contener detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual. Estos datos se podrán registrar en el cuerpo del recibo o en nota anexa con referencia al número de recibo y firmada por el prestador.
  4. Registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
  5. Detalle del pago por transferencia y fecha de la transferencia.
  6. Total del recibo. Verificando que el total de las facturas canceladas sea igual al total transferido más débitos, retenciones y percepciones efectuadas.
  7. Firma y aclaración del prestador o su representante.
- 
- ✓ *Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por débitos se deberá adjuntar: Fotocopia de planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello de Contador y Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.*
  - ✓ *Cuando se efectúen retenciones de impuestos se deberá adjuntar copia de los comprobantes de retención.*



## OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

B. Quinquela Martín 1738 – CABA Tel.:4301-4178

RNOS 1-2110-1

### *Planilla de Asistencia Prestaciones por hora/ Sesiones*

Prestador:.....

Domicilio de atención:.....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Fecha	Horario (comienzo)	Horario (finalización)	Cant. de Sesiones	Observaciones

Profesional	Paciente o Responsable a cargo
Firma	Firma
Sello	Aclaración
Matricula	Vinculo

\*La firma por parte del Paciente o Responsable a cargo avala todo lo detallado por el prestador, de no coincidir con lo descripto especificarlo en observaciones.



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**

**B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.:4301-4178**

**RNOS 1-2110-1**

***Planilla de Asistencia para Instituciones Educativas – CET – Centro de Día***

Prestador:.....

Domicilio de atención:.....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

Prestación:.....

Turno (mañana/tarde/doble): .....

Periodo (mes y año):.....

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>

<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>

\* Se marcará con una P (Presente) las asistencias

\* Se marcará con una A (Ausente) las inasistencias

\* S (Sábados) / D (Domingos) / F (Feriado) / J (Jornada)

Y toda observación que considere pertinente .....

.....  
 .....  
 .....

<b>Profesional</b>	<b>Paciente o Responsable a cargo</b>
<b>Firma</b>	<b>Firma</b>
<b>Sello</b>	<b>Aclaración</b>
<b>Matricula</b>	<b>Vinculo</b>

*\*La firma por parte del Paciente o Responsable a cargo avala todo lo detallado por el prestador, de no coincidir con lo descripto especificarlo en observaciones.*



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**  
**B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.:4301-4178**  
**RNOS 1-2110-1**

**Planilla de Asistencia de Transporte**

Prestador:.....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

Prestación: Transporte a .....  
 (Indicar tipo de terapia, nombre del profesional y/o razón social de la institución)

Periodo (mes y año).....

<p><b><u>Ida</u></b></p> <p>Desde.....</p> <p>Hasta.....</p> <p>Km por viaje.....Cantidad de viajes mensuales .....</p>
<p><b><u>Vuelta</u></b></p> <p>Desde.....</p> <p>Hasta:.....</p> <p>Km por viaje .....Cantidad de viajes mensuales .....</p>

**Total Km por día: .....**

**Cantidad de días/mes: .....**

**Totales Km mensuales:.....**

Observaciones que considere pertinentes: .....

.....

.....

Profesional	Paciente o Responsable a cargo
<b>Firma</b>	<b>Firma</b>
<b>Aclaración</b>	<b>Aclaración</b>
	<b>Vínculo</b>

*\*La firma por parte del Paciente o Responsable a cargo avala todo lo detallado por el prestador, de no coincidir con lo descripto especificarlo en observaciones.*



**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES**  
**B. Quinquela Martin 1738 – CABA Tel.:4301-4178**  
**RNOS 1-2110-1**

**Planilla de Asistencia Módulo de Apoyo a la Integración – Módulo Maestra de Apoyo**

Prestador:.....

Apellido y Nombre del beneficiario: .....

DNI: .....

Prestación:.....

Lugar donde se realiza la Integración:.....

Turno (mañana/tarde/doble): .....

Periodo (mes y año):.....

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>

<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>

\* Se debe detallar carga horaria diaria

Observaciones que considere pertinentes: .....

.....

.....

<b>Profesional</b>		<b>Paciente o Responsable a cargo</b>
<b>Firma del Responsable de la Institución</b>	<b>Firma del profesional que realiza la integración</b>	<b>Firma</b>
<b>Sello o Aclaración</b>	<b>Sello o Aclaración</b>	<b>Aclaración</b>
<b>Sello de la Institución Educativa</b>		<b>Vinculo</b>

\*La firma por parte del Paciente o Responsable a cargo avala todo lo detallado por el prestador, de no coincidir con lo descripto especificarlo en observaciones