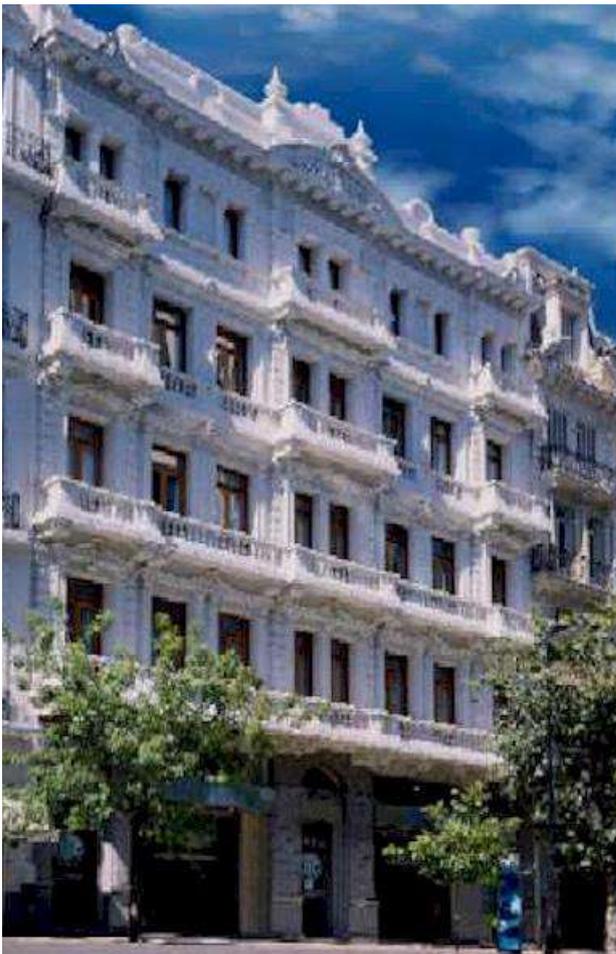


# SECRETARÍA DE AFILIACIONES



# INSTRUCTIVO

## **AFILIACIÓN A LA OSUTHGRA DE LOS/AS TRABAJADORES/AS TITULARES DE LA ACTIVIDAD:**

**Titular según Artículo 8 de la Ley 23.660:**

**Requisitos según Resolución CDOS N° 460/2015 ANEXO 1:**

- DNI.-
- Recibo de Sueldo. En el caso de necesitar afiliarse antes del primer mes de trabajo, deberá presentar el Alta Temprana de AFIP o Form. 931 AFIP, solicitado al empleador, con la nómina de empleados y ticket de presentación o de pago.-
- Constancia de CUIL.-
- Según Resolución ANSeS 39/2024 la base mínima para considerar a un Trabajador/a como beneficiario/a del sistema de obras sociales es de \$90.562,30 a lo que le corresponde un aporte mínimo de \$8.150,61.-

## **Circular Conjunta UTHGRA 880/2024 y OSUTHGRA 09/2024:**

***A los fines de establecer un valor que no genere controversias, se resolvió promediar los sueldos básicos de todos los convenios firmados por la UTHGRA, fijándose el APORTE MÍNIMO EN LA SUMA DE \$24.300,00, suma equivalente al aporte y contribución sobre un salario equivalente al 75% del valor promedio calculado.***

**Grupo Familiar Primario según Artículo 9 de la Ley 23.660:**

- DNI Cónyuge/Concubino/a.-
- Libreta de Matrimonio o Certificado de Concubinato.-
- DNI hijos/as.-
- Partida/s de Nacimiento hijos/as.-
- Certificado de Alumno Regular de una Institución Reconocida por Ministerio de Educación para los hijos entre los 21 y 25 años de edad.-
- Constancia de CUIL de ANSeS de todo el Grupo Familiar.-
- CODEM de ANSeS de todo el Grupo Familiar.-
- Certificación Negativa de ANSES de todo el Grupo Familiar.-

**Padres a cargo según Artículo 9 Inciso B – de la Ley 23.660:  
Requisitos según Resolución CDOS N° 460/2015 ANEXO 3:  
Madres menores de 60 años o Padres menores de 65 años:**

- DNI.-
- Certificado de Discapacidad.-
- Certificación Negativa de ANSES.-
- CODEM de ANSeS.-
- Constancia de CUIL.-
- Información Sumaria que declare que el Titular tiene a cargo al progenitor.-
- Certificado de Nacimiento del Titular para acreditar el parentesco.-

**Padres a cargo según Artículo 9 Inciso B – de la Ley 23.660  
Requisitos según Resolución CDOS N° 460/2015 ANEXO 3:  
Madres mayores de 60 años y Padres mayores de 65 años:**

- Los mismos requisitos que en el caso anterior, pero sin obligatoriedad del Certificado de Discapacidad.-

**Nietos a cargo según Artículo 9 Inciso B – de la Ley 23.660  
Requisitos según Resolución CDOS N° 460/2015 ANEXO 3:**

**Cuando siendo hijo menor de edad o discapacitado del Afiliado Titular se acredite:**

- El vínculo con la respectiva partida de nacimiento.-
- Constancia de CUIL de ANSeS.-
- CODEM de ANSeS.-
- Del hijo discapacitado: Certificado médico otorgado por organismo público.
- Certificación Negativa de ANSES.-
- Guarda o Tutela del nieto otorgada al Abuelo/a Titular mediante testimonio de sentencia judicial.-

La Obra Social podrá requerir información y negar la afiliación si determinara que el/la nieto/a se encuentre cubierto o alcanzado por otra Obra Social correspondiente al otro progenitor u a otro abuelo/a.

Cuando el hijo del Titular alcance la mayoría de edad o le sea otorgada una pensión por invalidez o discapacidad, o sea incluido en los servicios de PAMI o de otra Obra Social, cesará automáticamente el derecho del nieto a recibir las prestaciones de nuestra OSUTHGRA.

**En el caso de afiliar al/los padre/padres se le descontará el 1.5% adicional por cada uno del total de su sueldo, según está estipulado en artículo 9, inciso B de la Ley 23660.-**

**Hijos Cónyuge/Concubino a cargo según Artículo 9 Inciso B – de la Ley 23.660:**

**Requisitos según Resolución CDOS N° 460/2015 ANEXO 3:**

- DNI.-
- Certificación Negativa de ANSES.-
- CODEM de ANSeS.-
- Constancia de CUIL de ANSeS.-
- Información Sumaria que declare que el Titular tiene a cargo al menor.-
- Certificado de Nacimiento del menor para acreditar el parentesco con el/la Cónyuge/Concubino/a.-

**En todos los casos, el Titular deberá contar con la totalidad de su Grupo Familiar declarado en el CODEM emitido por ANSeS.**

**Ley 23.660 Art. 9 Inciso b:**

*Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.*

*La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1.5%) por cada una de las personas que se incluyan.*

## Modelo de Form. 2.01 para la Afiliación a nuestra Obra Social – OSUTHGRA:

OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA										
<b>Solicitud de Afiliación</b>								Form. 2.01		
Lugar y Fecha de Solicitud: _____										
<b>Identificación del Beneficiario Titular</b>										
CUIL		Plan	Código	Seccional						
Datos Personales										
Apellido				Sexo		Tipo Doc.		Número de Documento		
				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>						
Nombres				Nacionalidad						
Estado Civil			Fecha de Nacimiento		CUIL del Conyuge		Unifica Aportes			
							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Domicilio Particular										
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad				
Provincia		Teléfonos								
		( )								
Domicilio de Correspondencia (No completar si es igual al Domicilio particular)										
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad				
Provincia		Mail			Hs. Trabajadas		Remuneración			
Identificación de Beneficiarios Familiares / Adherentes										
Apellido				CUIL						
Nombres				Nacionalidad						
Fecha de Nacimiento		Sexo	Parentesco con el titular		Mail					
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
Apellido				CUIL						
Nombres				Nacionalidad						
Fecha de Nacimiento		Sexo	Parentesco con el titular		Mail					
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
Identificación de la Empresa										
CUIT			Razón Social							
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad				
Provincia		Teléfonos			Cant. Compañeros					
		( )								
Identificación del Establecimiento										
Nombre de Fantasía				Actividad		Fecha de Ingreso Empleado				
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad				
Provincia		Teléfonos			Fecha de Ingreso real					
		( )								
Labor que Desarrolla										

Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud son verdaderos.

Certificado de solicitud del Secretario General de la Sección

Firma: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

**Modelo de Form. 2.02 para la Afiliación posterior del Grupo Familiar a nuestra Obra Social – OSUTHGRA:**

<b>OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA</b>											
<b>Actualización de Beneficiarios</b>										Form. 2.02	
										<input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Modifica <input type="checkbox"/> Cambio de Seccional	
Lugar y Fecha de Solicitud:											
<b>Identificación del Beneficiario Titular</b>											
CUIL			Plan	Código		Seccional					
<b>Datos Personales</b>											
Apellido						Sexo		Tipo Doc.		Número de Documento	
						F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
Nombres						Nacionalidad					
Estado Civil						Fecha de Nacimiento			<input type="checkbox"/> Imprime credencial		
<b>Domicilio Particular</b>											
Calle			Número		Piso / Dpto.		Código Postal		Localidad		
Provincia			Teléfonos								
			( )								
<b>Domicilio de Correspondencia (No completar si es igual al Domicilio particular)</b>											
Calle			Número		Piso / Dpto.		Código Postal		Localidad		
Provincia			Mail			Hs. Trabajadas		Remuneración			
<b>Identificación de Beneficiarios Familiares / Adherentes</b>											
A/B/M	<input type="checkbox"/>	Apellido					CUIL				
Nombres						Nacionalidad					
Fecha de Nacimiento			Sexo		Parentesco con el titular			Mail			<input type="checkbox"/> Imprime credencial
			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
A/B/M	<input type="checkbox"/>	Apellido					CUIL				
Nombres						Nacionalidad					
Fecha de Nacimiento			Sexo		Parentesco con el titular			Mail			<input type="checkbox"/> Imprime credencial
			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
A/B/M	<input type="checkbox"/>	Apellido					CUIL				
Nombres						Nacionalidad					
Fecha de Nacimiento			Sexo		Parentesco con el titular			Mail			<input type="checkbox"/> Imprime credencial
			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
<b>Identificación de la Empresa</b>											
CUIT				Razón Social							
Calle			Número		Piso / Dpto.		Código Postal		Localidad		
Provincia			Teléfonos					Cant. Compañeros			
			( )								
<b>Identificación del Establecimiento</b>											
Nombre de Fantasía						Actividad			Fecha de Ingreso Empleado		
Calle			Número		Piso / Dpto.		Código Postal		Localidad		
Provincia			Teléfonos					Fecha de Ingreso real			
			( )								
Labor que Desarrolla											

Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud son verdaderos.

Certificado de solicitud del Secretario General de la Seccional.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

**TRASPASOS A NUESTRA OBRA SOCIAL – OSUTHGRA** de personal en relación de dependencia según Decreto 504/98:

Se realiza en la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud en el siguiente enlace:

*<https://www.sssalud.gob.ar/misssalud/>*

**Decreto 504/98 Art. 2:**

*La opción de cambio podrá ejercerse sólo una vez al año durante todo el año calendario y se hará efectiva a partir del primer día hábil del mes posterior a la presentación de la solicitud.*

**Decreto 504/98 Art. 10:**

*No podrán ejercer el derecho de opción: a) Los beneficiarios una vez extinguida su relación laboral quedando su cobertura a cargo de la Obra Social a la que se encontraban afiliados durante los TRES (3) meses previstos en la Ley N. 23.660.*

# Modelo de Form. 2.03 para la afiliación de un/a Titular traspasado a nuestra Obra Social – OSUTHGRA:

<b>OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA</b>											
<b>Cambio de Obra Social Decreto 504/98</b>					Lugar y Fecha de Solicitud: _____						
Form. 2.03											
<b>Identificación del Beneficiario Titular</b>											
CUIL		Plan	Código		Seccional						
<b>Datos Personales</b>											
Apellido					Sexo		Tipo Doc.		Número de Documento		
					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>						
Nombres					Nacionalidad						
Estado Civil			Fecha de Nacimiento		CUIL del Conyuge			Unifica Aportes			
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<b>Domicilio Particular</b>											
Calle			Número	Piso / Dpto.		Código Postal		Localidad			
Provincia			Teléfonos								
			( )								
<b>Domicilio de Correspondencia (No completar si es igual al Domicilio particular)</b>											
Calle			Número	Piso / Dpto.		Código Postal		Localidad			
Provincia			Mail			Hs. Trabajadas		Remuneración			
<b>Identificación de Beneficiarios Familiares / Adherentes</b>											
Apellido					CUIL						
Nombres					Nacionalidad						
Fecha de Nacimiento		Sexo	Parentesco con el titular			Mail					
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>									
Apellido					CUIL						
Nombres					Nacionalidad						
Fecha de Nacimiento		Sexo	Parentesco con el titular			Mail					
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>									
<b>Identificación de la Empresa</b>											
CUIT			Razón Social								
Calle			Número	Piso / Dpto.		Código Postal		Localidad			
Provincia			Teléfonos				Cant. Compañeros				
			( )								
<b>Identificación del Establecimiento</b>											
Nombre de Fantasía					Actividad			Fecha de Ingreso Empleado			
Calle			Número	Piso / Dpto.		Código Postal		Localidad			
Provincia			Teléfonos				Fecha de Ingreso real				
			( )								
Labor que Desarrolla											

Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud son verdaderos.

Certificado de solicitud del Secretario General de la Sección

Firma: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

**TRASPASOS A NUESTRA OBRA SOCIAL – OSUTHGRA de jubilados/as y pensionados/as de la actividad según Decreto 292/95:**

**Documentación a presentar según Resolución CDOS N° 441/2012 ANEXO 5:**

- DNI.-
- 10 años de antigüedad como Afiliado O.S.U.T.H.G.R.A.
- 3 últimos Recibos de Cobro de Jubilación/Pensión.
- Carnet de Obra Social.-

**Si el beneficiario cumple con estos requisitos:**

- Verificar los datos personales en nuestro sistema Progress.-
- Adjuntar toda la documentación anteriormente detallada.-
- Confeccionar la Nota de Solicitud de Traspaso Pasivo y remitir la misma a Sede Central.-
- Aguardar el envío de Form. PS 5.11 debidamente completado y firmado por la Secretaria Nacional de Afiliaciones.-

El jubilado/a - pensionado/a debe presentar el mencionado formulario en ANSES y presentar en la delegación el CODEM emitido por dicho organismo en el que deberá constar la Fecha de Alta en nuestra O.S.U.T.H.G.R.A.-

- Se deberá completar el Anexo I para el seguro de vida y sepelio.-
- El **ALTA** será dado a los 90 días.
- El mismo se comenzará a pagar a partir de contar con el Alta y el pago se efectuará por medio de **Boleta de Depósito de Banco Nación 44044/64**.-
- El valor de la misma es de \$ 5.800 (pesos cinco mil ochocientos), valor que se actualiza por Circulares UTHGRA.

**Decreto 292/95 Art. 11:**

*Los beneficiarios podrán optar por afiliarse al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) o a cualquier otro agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud inscripto en el registro.*

# Modelo de Form. PS 5.11 para el traspaso de un/a jubilado/a – pensionado/a de la actividad a nuestra Obra Social – OSUTHGRA:

Versión 1.1



Form.  
PS.5.11

## Aceptación de la Obra Social para Beneficiario/a de Origen y su Grupo Familiar (Decreto N° 292/95)

Por la presente se deja constancia que el/la beneficiario/a:

### 1- Titular del Beneficio Previsional

Apellido/s		
Nombre/s		
CUIT / CUIL	Tipo y N° de Documento	PEmis.

Beneficio - SIPA					
1	Ex-C	T	Número	C	DV
2	Ex-C	T	Número	C	DV
Beneficio - Por Renta Vitalicia					
Cód. CUIT / CUIL					Tipo
Nombre de la CSR					

será aceptado/a como afiliado/a a esta Obra Social, conjuntamente con los siguientes miembros de su grupo familiar primario y/o familiares a cargo, por los cuales se abonará lo establecido por el Decreto N° 292/95.

### 2- Miembros del Grupo Familiar Primario y/o Familiares a Cargo

1	Apellido/s	Nombre/s
	CUIT / CUIL	Tipo y N° de Documento
	PE.	Fecha de Nacimiento
	Parentesco	Incapacitado/a (*)

2	Apellido/s	Nombre/s
	CUIT / CUIL	Tipo y N° de Documento
	PE.	Fecha de Nacimiento
	Parentesco	Incapacitado/a (*)

3	Apellido/s	Nombre/s
	CUIT / CUIL	Tipo y N° de Documento
	PE.	Fecha de Nacimiento
	Parentesco	Incapacitado/a (*)

4	Apellido/s	Nombre/s
	CUIT / CUIL	Tipo y N° de Documento
	PE.	Fecha de Nacimiento
	Parentesco	Incapacitado/a (*)

(\*) Marque con una X en caso de corresponder por aplicación del artículo 9° de la Ley 23.660.

### 3- Obra Social

Código RNOS	Denominación
-------------	--------------

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y Aclaración del Representante Legal de la Obra Social

Sello de la Obra Social

Ministerio de Trabajo,  
Empleo y Seguridad Social

**Modelo de Anexo I para el Seguro de Vida y Sepelio para jubilado/a – pensionado/a de la actividad traspasado a nuestra O.S.U.T.H.G.R.A:**



---

**Resolución C.D.O.S. N° 546/2023 Anexo UNO**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

Nombres y Apellidos

---

Tipo y número de documento

---

Número de beneficiario

Por la presente dejo constancia de haber informado y haber aceptado, que la Obra Social de los Trabajadores Hoteleros Gastrónomos de la Unión de Trabajadores Hoteleros y Gastrónomos de la República Argentina (OSUTHGRA) **NO** brinda a sus beneficiarios servicios gratuitos de turismo, recreación, seguro de vida y sepelios.

Asimismo dejo constancia de haber recibido una copia de la Resolución C.D.O.S. N°301/2000 de la OSUTHGRA.

---

Firma

---

Aclaración de puño y letra del beneficiario

## **AFILIACIÓN A MONOTRIBUTO:**

**Titular según Decreto 806/04:**

**Requisitos según Resolución CDOS N° 441/2012 ANEXO 6:**

- DNI.-
- F.152 de AFIP (Credencial de pago de Monotributo).-
- F.184/F de AFIP (Formulario de empadronamiento).-
- 3 últimos pagos de Monotributo consecutivos y en el plazo estipulado.-

**Grupo Familiar Primario según Decreto 806/04:**

**Requisitos según Resolución CDOS N° 441/2012 ANEXO 6:**

- DNI Cónyuge/Concubino/a.-
- Libreta de Matrimonio o Certificado de Concubinato.-
- DNI hijos/as.-
- Partida/s de Nacimiento hijos/as.-
- Certificado de Alumno Regular de una Institución Reconocida por el Ministerio de Educación para los hijos entre los 21 y 25 años de edad.-
- Constancia de CUIL de todo el Grupo Familiar.-  
Certificación Negativa de ANSES de todo el Grupo Familiar.-

## **ACCESO PROGRESIVO A LA COBERTURA DE SALUD SEGÚN DECRETO 806/04**

Si el titular y su grupo familiar estuvieran inscriptos, tendrán la cobertura prevista en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) aprobado por Resolución N° 201 de fecha 9 de abril de 2002 del MINISTERIO DE SALUD prorrogada por el Decreto N° 1210 de fecha 10 de diciembre de 2003, la que en lo sucesivo la modifique o reemplace — dividida por niveles, conforme se detalla a continuación:

**a) Cobertura desde el inicio de su inscripción al régimen:**

### **I) NIVEL AMBULATORIO:**

1. Consulta: en consultorio, de urgencia y emergencia en domicilio. Consulta programada en domicilio a mayores de SESENTA Y CINCO (65) años que no puedan movilizarse.
2. Atención ambulatoria de todas las especialidades reconocidas por la autoridad

sanitaria competente.

3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos, detalladas en el Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, incluyendo el material de diagnóstico y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

4. Salud Mental: Promoción y prevención.

Hasta TREINTA (30) visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de CUATRO (4) consultas mensuales. Esto incluye las modalidades: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, psicoterapia grupal, individual, familiar, de pareja y psicodiagnóstico.

5. Rehabilitación ambulatoria:

Kinesiología: hasta VEINTICINCO (25) sesiones año calendario/beneficiario.

Fonoaudiología: hasta VEINTICINCO (25) sesiones año calendario/beneficiario.

Estimulación temprana: en los términos que los define el Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

6. Los traslados que correspondan a pacientes en ambulatorio.

7. Odontología: conforme el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), Resolución N° 201/02 o el que lo reemplace.

8. Medicamentos: Se asegura la cobertura de medicamentos en tratamientos ambulatorios que figuran en el Anexo III del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, con un CUARENTA POR CIENTO (40%) de cobertura, conforme al precio de referencia que se explicita en el Anexo IV, y en las formas farmacéuticas allí indicadas. La prescripción se hará por nombre genérico.

9. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%) de anteojos con lentes estándar en niños hasta los 15 años.

## II) Otras Coberturas Ambulatorias

1. Plan materno infantil (prestaciones ambulatorias).

2. Programas de prevención de cánceres femeninos, en especial de cuello de útero y mama.

3. Cobertura de pacientes diabéticos (Resolución N° 301 de fecha 16 de abril de

1999 del ex- MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL).

4. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%) de piridostigmina 60 mg. Para el tratamiento de la miastenia gravis (Resolución N° 791 de fecha 6 de octubre de 1999 del ex-MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL).

### **b) Cobertura a los TRES (3) meses:**

Se agrega toda la prevista en el "nivel internación", y la que se detalla a continuación:

#### **I) NIVEL INTERNACION**

1. Se asegura el CIEN POR CIENTO (100%) de cobertura en cualquiera de sus modalidades. Todas las prácticas y coberturas del Anexo II del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace, se encuentran incluidas dentro de la cobertura. La cobertura se extiende sin límite de tiempo.

2. Salud Mental: Hasta TREINTA (30) días por año calendario, en patologías agudas, en la modalidad institucional u hospital de día.

3. Medicamentos. La cobertura será de un CIEN POR CIENTO (100%) en internados.

4. Los traslados que correspondan a pacientes internados.

5. Prótesis e implantes de colocación interna al CIEN POR CIENTO (100%) de cobertura, con las especificaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

6. Medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados al CIEN POR CIENTO (100%). Los medicamentos no oncológicos tendrán la cobertura del CUARENTA POR CIENTO (40%) a excepción del ondasetrón en el tratamiento de vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes.

7. Los cuidados paliativos, con cobertura al CIEN POR CIENTO (100%).

8. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Cobertura al CIEN POR CIENTO (100%).

9. Eritropoyetina al CIEN POR CIENTO (100%) en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

10. Plan Materno Infantil (prestaciones en internación).

11. Cobertura de otoamplifonos al CIEN POR CIENTO (100%) en niños hasta los

15 años.

12. Cobertura del CINCUENTA POR CIENTO (50%) en prótesis y órtesis de colocación externa, no reconociéndose las prótesis denominadas miogénicas o bioeléctricas.

### **c) Cobertura a los SEIS (6) meses:**

Se incorporan las prestaciones subsidiadas por la Administración de Programas Especiales, conforme sus Resoluciones Nros. 500 del 27 de enero de 2004, 2048 del 30 de abril de 2003, 1276 del 16 de agosto de 2002, 6080 del 17 de septiembre de 2003, 475 del 27 de mayo de 2002 y 5600 del 29 de agosto de 2003, y las que las sustituyeran o complementaren, de cobertura obligatoria por parte de los agentes del seguro, y por las que éstos puedan gestionar el cobro a través del Fondo Solidario de Redistribución.

#### **I) COSEGUROS**

En todos los casos se adaptarán a lo dispuesto en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) o el que lo reemplace.

#### **II) GRUPO FAMILIAR**

A partir de su inscripción, ingresará progresivamente a la cobertura conforme se describe precedentemente para el titular.

*Únicamente se realiza la afiliación, si reviste un año de antigüedad y concurre actualmente a realizar la misma. El Monotributista **NO TIENE** la posibilidad de adherir a progenitores a cargo.*

*En caso de contar con todos los requisitos solicitados, deberá adherir al Plan Integrador.*

**Modelo de Form. 2.11 para la afiliación de un/a Titular Monotributista a nuestra Obra Social – OSUTHGRA:**

OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA									
<b>Ley 25.865 - MONOTRIBUTISTA</b>				Lugar y Fecha de Solicitud:					
<b>Identificación del Beneficiario Titular</b>							Form. 2.11		
CUIL		Plan	Código Seccional						
<b>Datos Personales</b>									
Apellido				Sexo		Tipo Doc.		Número de Documento	
				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
Nombres				Nacionalidad					
Estado Civil			Fecha de Nacimiento		CUIL del Conyuge			Unifica Aportes	
					-			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Domicilio Particular</b>									
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad			
Provincia		Teléfonos							
		( )							
<b>Domicilio de Correspondencia (No completar si es igual al Domicilio particular)</b>									
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad			
Provincia		Mail			Hs. Trabajadas		Remuneración		
<b>Identificación de Beneficiarios Familiares / Adherentes</b>									
Apellido						CUIL			
Nombres				Nacionalidad					
Fecha de Nacimiento		Sexo	Parentesco con el titular			Mail			
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>							
Apellido						CUIL			
Nombres				Nacionalidad					
Fecha de Nacimiento		Sexo	Parentesco con el titular			Mail			
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>							
<b>Identificación de la Empresa</b>									
CUIT			Razón Social						
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad			
Provincia		Teléfonos			Cant. Compañeros				
		( )							
<b>Identificación del Establecimiento</b>									
Nombre de Fantasía				Actividad			Fecha de Ingreso Empleado		
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad			
Provincia		Teléfonos			Fecha de Ingreso real				
		( )							
Labor que Desarrolla									

Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud son verdaderos.

Certificado de solicitud del Secretario General de la Sección

Firma: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

## **BENEFICIOS DEL PLAN INTEGRADOR**

- **Turismo:** si tiene 6 meses en el plan y pagando siempre en tiempo y forma la cuota del mismo. De no ser así, **NO** se podrá acceder al beneficio.-
- **Farmacia:** 40% de descuento, según PMO.-
- **Seguro de Vida y Sepelio.-**

# Modelo de Formulario de Adhesión al Plan Integrador para Titular y Grupo Familiar Primario de los Monotributistas:



## **FORMULARIO DE ADHESION**

Buenos Aires, .....de.....de 20....

Nombres y Apellidos:.....

Tipo y número de documento: ..... Número de beneficiario: .....

Incorpora Adicionales (SI / NO): ..... CANTIDAD: .....

Nombres y Apellido de adicional: .....

Documento/s: ..... Parentesco: .....

Nombres y Apellido de adicional: .....

Documento/s: ..... Parentesco: .....

Nombres y Apellido de adicional: .....

Documento/s: ..... Parentesco: .....

Por la presente opto por los servicios de seguro de vida por un importe total de pesos setecientos siete mil doscientos veinte (\$707.220,00); y de servicio de sepelio por un importe máximo de pesos doscientos cincuenta y siete mil doscientos veinte (\$257.220,00), obligándome a abonar mensualmente la suma de pesos .....

..... (\$.....) por cada beneficiario titular y la suma de pesos .....

..... (\$.....) por cada beneficiario del grupo familiar incluido, mediante el depósito de dicho importe en la cuenta recaudadora de la UTHGRA N° 44044/64 en el Banco de la Nación Argentina, mediante las boletas que se me suministrarán al efecto o que confeccione bajándola de Internet de la página [www.uthgra.org.ar](http://www.uthgra.org.ar).

El pago deberá efectuarlo del 1° al 10 de cada mes en forma anticipada, y acepto que la falta de pago en forma oportuna y regular, me dejará sin la cobertura de los servicios contratados.

Acepto que los valores del seguro de vida y de servicio de sepelio sean incrementados según los incrementos que se apliquen a los beneficiarios de los Convenios Colectivos de Trabajo celebrados por la UTHGRA, con el consiguiente incremento de las cuotas mensuales a abonar por el suscripto. Si me opusiera en forma fehaciente al incremento se mantendrán los valores de seguro de vida y de servicio de sepelio consignados en el presente.

A todo efecto designo como beneficiarios del seguro de vida del suscripto a:

Nombres y Apellidos completos	Tipo y Número de Documento
1). .....	.....
2). .....	.....
3). .....	.....

Queda establecido que si no consigno ningún nombre, o en el caso de fallecimiento de los otros adicionales serán beneficiarios los herederos que correspondan por normas legales.

.....  
Aclaración de puño y letra del beneficiario

.....  
Firma

.....  
Aceptada por UTHGRA

.....

.....  
Fecha

.....  
Firma

.....  
Delegación - Seccional

# AFILIACIÓN SINDICAL

- DNI.-
- Ultimo recibo de sueldo de un establecimiento de nuestra actividad.-

## Modelo de Form. 1.01 para la Afiliación Sindical de un/a Titular de nuestra actividad:

<b>UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA</b>									
<b>Solicitud de Afiliación</b>								Lugar y Fecha de Solicitud:	
<b>Identificación del Beneficiario Titular</b>								Form. 1.01	
CUIL		Código Seccional							
<b>Datos Personales</b>				Sexo		Tipo Doc.		Número de Documento	
Apellido				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
Nombres				Nacionalidad					
Estado Civil				Fecha de Nacimiento					
<b>Tipo de Afiliado</b>		<input type="checkbox"/> Fue afiliado UTHGRA		Fecha Alta Ant.		Número Anterior		Sólo en caso de Afiliado Anterior	
<input type="checkbox"/> Activo									
<input type="checkbox"/> Jubilado									
<input type="checkbox"/> Bolsa de Trabajo									
<b>Domicilio Particular</b>									
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad			
Provincia		Teléfonos							
		( )							
<b>Domicilio de Correspondencia (No completar si es igual al Domicilio particular)</b>									
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad			
Provincia		Mail		Hs. Trabajadas		Remuneración			
<b>Identificación de la Empresa</b>									
CUIT			Razón Social						
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad			
Provincia		Teléfonos		Cant. Compañeros					
		( )							
<b>Identificación del Establecimiento</b>									
Nombre de Fantasía				Actividad		Fecha de Ingreso Empleado			
Calle		Número	Piso / Dpto.	Código Postal		Localidad			
Provincia		Teléfonos		Fecha de Ingreso real					
		( )							
Labor que Desarrolla									

Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud son verdaderos.

Certificado de solicitud del Secretario General de la Seccional.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_

## **Circular conjunta UTHGRA N°880/2024 y OSUTHGRA N°09/2024:**



Ciudad Autónoma de Buenos Aires 05 de febrero de 2024.

### **Circular conjunta UTHGRA N°880/2024 y OSUTHGRA N°09/2024**

Señores Miembros de las Comisiones Ejecutivas de las Seccionales de la UTHGRA y Delegados de la OSUTHGRA

**Ref.: Valores servicios y asignaciones**

De nuestra mayor consideración:

Atento el dictado de las Resoluciones UTHGRA SN N°557/2024; y OSUTHGRA CDOS N°554/2024 y N° 555/2024, consideramos conveniente remitirle una ayuda memoria que permita la rápida visualización de los valores vigentes:

1º) A partir del **1º de marzo de 2024** los valores a abonar para trabajadores de temporada y bolsa de trabajo:

Titulares:	\$ 17.000,00 mensuales.
Titulares con un miembro familiar:	\$ 25.000,00 mensuales.
Titulares con dos o más miembros familiares:	\$ 37.200, 00 mensuales.

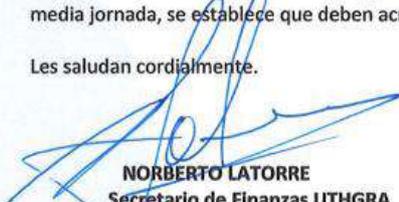
2º) A partir del **1º de marzo de 2024**, los jubilados hoteleros y gastronómicos que opten por contar con un seguro de vida y un seguro de sepelio en igualdad de condiciones con los restantes beneficiarios, abonarán la suma de **\$5.800,00** mensuales.

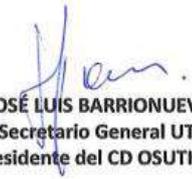
3º) A partir del **1º de marzo de 2024**, los valores a abonar por el Plan Integrador son:

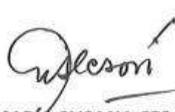
Titular:	\$ 11.400,00 mensuales.
Cada miembro Familiar:	\$ 5.800,00 mensuales.

4º) A partir del **1º de marzo de 2024**, para trabajadores de media jornada o tiempo inferior a media jornada, se establece que deben acreditar un aporte mínimo mensual de **\$ 24.300,00**.

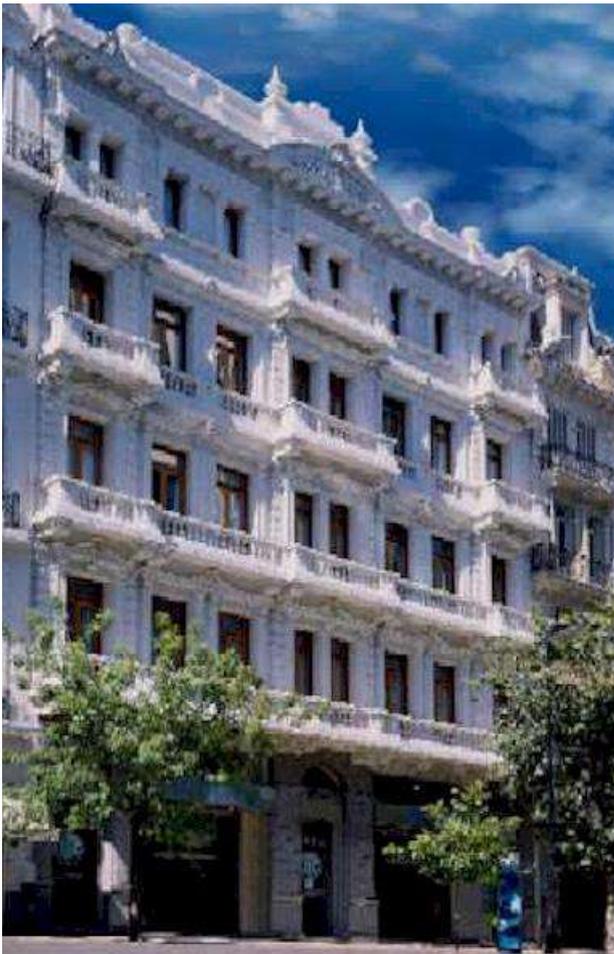
Les saludan cordialmente.

  
**NORBERTO LATORRE**  
Secretario de Finanzas UTHGRA  
Director Tesorero OSUTHGRA

  
**JOSÉ LUIS BARRIONUEVO**  
Secretario General UTHGRA  
Presidente del CD OSUTHGRA

  
**MARÍA SUSANA CESARI**  
Secretaría de Actas de UTHGRA  
Secretaría de Acción Social de OSUTHGRA

# SECRETARÍA DE AFILIACIONES



## INSTRUCTIVO DE VISUALIZACIÓN DE ALTAS Y BAJAS POR TRASPASO

## Instructivo de Visualización de Altas y Bajas por Traspaso

El presente instructivo consta de 5 (cinco) hojas. En el mismo encontrará toda la información necesaria para acceder y visualizar las Altas y Bajas.

Paso 1: Abrir la siguiente página web: [www.uthgra.org.ar](http://www.uthgra.org.ar).

Paso 2: a la izquierda se visualizará la opción de CONSULTAS U.T.H.G.R.A., hacer clic en INGRESAR.

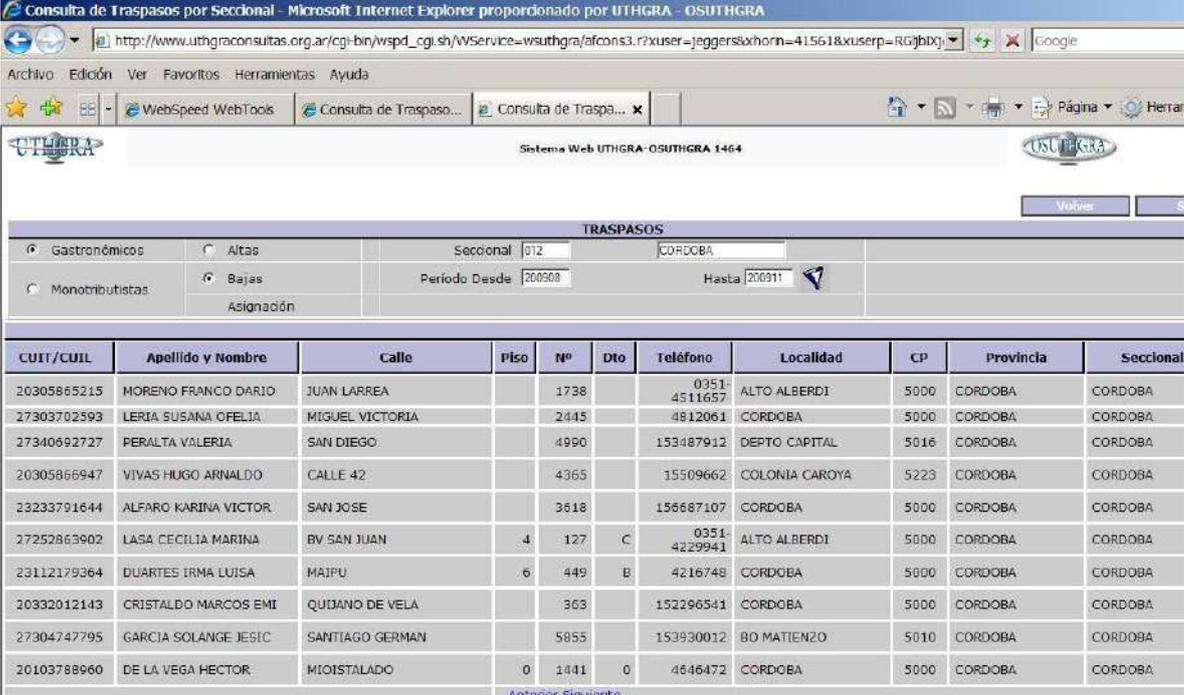
Paso 3: ingresar nombre de usuario y contraseña (en caso de no poseerlos, comunicarse al departamento de Sistemas Uthgra Sede Central Interno 734).

Paso 4: Posicionarse en Afiliaciones, luego en Consultas y finalmente clicar en Consulta de Traspaso por Seccional.





Paso 7: **Seleccionar el tipo de Beneficiario que se desea visualizar (Gastronómicos / Monotributistas), luego el tipo de movimiento (Altas / Bajas) y por último clicar el botón Buscar** .



The screenshot shows the 'TRASPASOS' search interface. The search criteria are: Beneficiario: Gastronómicos; Tipo de Movimiento: Bajas; Seccional: 012; Localidad: CORDOBA; Período Desde: 200908; Hasta: 200911. The search results table is as follows:

CUIT/CUIL	Apellido y Nombre	Calle	Piso	Nº	Dto	Teléfono	Localidad	CP	Provincia	Seccional
20305865215	MORENO FRANCO DARIO	JUAN LARREA		1738		0351-4511657	ALTO ALBERDI	5000	CORDOBA	CORDOBA
27303702593	LERIA SUSANA OFELIA	MIGUEL VICTORIA		2445		4812061	CORDOBA	5000	CORDOBA	CORDOBA
27340692727	PERALTA VALERIA	SAN DIEGO		4990		153487912	DEPTO CAPITAL	5016	CORDOBA	CORDOBA
20305866947	VIVAS HUGO ARNALDO	CALLE 42		4365		15509662	COLONIA CAROYA	5223	CORDOBA	CORDOBA
23233791644	ALFARO KARINA VICTOR	SAN JOSE		3618		156687107	CORDOBA	5000	CORDOBA	CORDOBA
27252863902	LASA CECILIA MARINA	BV SAN JUAN	4	127	C	0351-4229941	ALTO ALBERDI	5000	CORDOBA	CORDOBA
23112179364	DUARTES IRMA LUISA	MAIPU	6	449	B	4216748	CORDOBA	5000	CORDOBA	CORDOBA
20332012143	CRISTALDO MARCOS EMI	QUIBANO DE VELA		363		152296541	CORDOBA	5000	CORDOBA	CORDOBA
27304747795	GARCIA SOLANGE JESIC	SANTIAGO GERMAN		5855		153930012	BO MATIENZO	5010	CORDOBA	CORDOBA
20103788960	DE LA VEGA HECTOR	MIOISTALADO	0	1441	0	4646472	CORDOBA	5000	CORDOBA	CORDOBA

Es aquí donde se visualiza toda la información necesaria para buscar la **re afiliación** de **TODOS/AS** nuestros/as compañeros/as trabajadores/as de la actividad que han optado por elegir otra Obra Social para su atención y la de su familia.-

Los datos con que cuenta en esta pantalla, son los siguientes:

- Cuit/Cuil
- Apellido y Nombre
- Domicilio
- Teléfono
- Localidad con su respectivo Código Postal
- Provincia
- Seccional
- Tipo de Movimiento ( Alta – Baja )
- Fecha de Elección
- Obra Social de Destino
- Promedio de Remuneración

**Se debe tener en cuenta, que los/as trabajadores/as deben tener cumplido un año desde la baja para poder volver a nuestra Obra Social, como estipula el Decreto 504/98.**

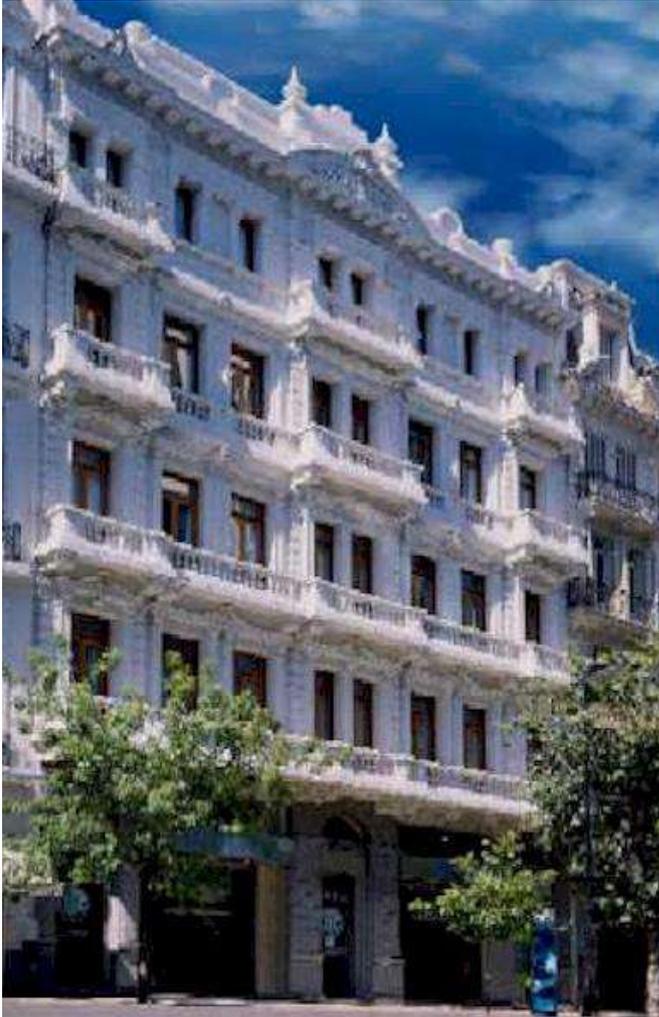
**Para cualquier situación que no esté prevista en el presente instructivo, no dude en comunicarse con la Sede Central de nuestra OSUTHGRA**

**para aclarar la inquietud que sea.**

**Para ello, por favor comunicarse al:**

**(011) 4341-8090 - Interno: 734 y/ó 718 con los compañeros Jörg Eggers y Lorena B. López.**

# SECRETARÍA DE AFILIACIONES



## INSTRUCTIVO - INGRESO DE SOLICITUDES DE AFILIACIÓN - WEB

## INGRESO DE SOLICITUDES DE AFILIACIÓN - WEB

El presente instructivo consta de 7 (siete) hojas. En el mismo encontrará toda la información necesaria para acceder e ingresar las solicitudes vía web.

Paso 1: Abrir la siguiente página web: [www.uthgra.org.ar](http://www.uthgra.org.ar).

Paso 2: A a izquierda se visualizará la opción de CONSULTAS U.T.H.G.R.A., hacer clic en INGRESAR.

Paso 3: Ingresar nombre de usuario y contraseña (en caso de no poseerlos, comunicarse al departamento de Sistemas Uthgra Sede Central Interno 788).

Paso 4: Posicionarse en Afiliaciones, luego clicar Ingreso de Afiliaciones.



**Paso 5:** Una vez dentro de la pantalla seleccionar **Organización** y **Tipo de Solicitud**.

Ingreso de Solicitudes		LISTADO			
Organización:	UTHGRA	Tipo:	1-Solicitud Afiliación UTHGRA	Seccional:	AVELLANEDA-LOMAS DE ZAMORA
Encabezado					
CUIL		Ingresar			

En caso de Organización “UTHGRA” y Tipo de Solicitud “Solicitud Afiliación UTHGRA” se activa el checkbox del lado derecho “Generar Copia OS”. En caso de que el checkbox esté en “ok” se generará una copia de la solicitud con Organización “OSUTHGRA” y Tipo “Solicitud Afiliación OSUTHGRA”.

Una vez ingresado el N° de CUIL, en caso de que sea uno ya existente, se “**AUTOCOMPLETA**” el formulario con los datos correspondientes. Caso contrario se deben completar los datos personales y presionar el botón “**SIGUIENTE**”.

Ingreso de Solicitudes		LISTADO	
Organización:	OSUTHGRA	Tipo:	1-Solicitud Afiliación OSUTHGRA
Seccional:	AVELLANEDA-LOMAS DE ZAMORA	Generar Copia OS: <input type="checkbox"/>	
Encabezado			
CUIL	20288119539	<input type="button" value="Ingresar"/>	
Paso 1			
Plan	PM - PLAN MEDICO OBLIGATORIO	Apellido	
Apellido y Nombre		Documento:	DOCUMENTO UNICO(DU)
Nacionalidad	ARGENTINA	Sexo	Masculino
Jubilado	<input type="checkbox"/>	Discapacidad	<input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		Estado Civil	SOLTERO
<input type="button" value="Cancelar"/>		<input type="button" value="Siguiente &gt;&gt;"/>	
Paso 2			
Calle		Nro.	
Provincia	Seleccione	Partido	Ver Todos
Email		Localidad	Ver Todos
Calle		Nro.	
Provincia	Seleccione	Partido	
Benef. Ant.		Fecha de Alta	
Fecha Mesa de Entrada	03/04/2019	Afil. Ant.	
<input type="button" value="Anterior &lt;&lt;"/>		<input type="button" value="Siguiente &gt;&gt;"/>	

**Paso 6:** Repetir la operatoria del paso previo, completando los campos requeridos. Una vez completados los datos, presionar sobre el botón “**SIGUIENTE**”.

Ingreso de Solicitudes		LISTADO	
Organización:	OSUTHGRA	Tipo:	1-Solicitud Afiliación OSUTHGRA
Seccional:	AVELLANEDA-LOMAS DE ZAMORA	Generar Copia OS: <input type="checkbox"/>	
Encabezado			
CUIL	20288119539	<input type="button" value="Ingresar"/>	
Paso 1			
Plan	PM - PLAN MEDICO OBLIGATORIO	Apellido	Perez
Apellido y Nombre	Perez Juan	Documento:	DOCUMENTO UNICO(DU)
Nacionalidad	ARGENTINA	Sexo	Masculino
Jubilado	<input type="checkbox"/>	Discapacidad	<input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	04/07/1981	Estado Civil	SOLTERO
<input type="button" value="Cancelar"/>		<input type="button" value="Siguiente &gt;&gt;"/>	
Paso 2			
Calle	Ruiz	Nro.	1907
Provincia	C.A.B.A.	Partido	CABA Ver Todos
Email		Localidad	CABA Ver Todos
Calle	Ruiz	Nro.	1907
Provincia	C.A.B.A.	Partido	CABA
Benef. Ant.		Fecha de Alta	
Fecha Mesa de Entrada	03/04/2019	Afil. Ant.	
<input type="button" value="Anterior &lt;&lt;"/>		<input type="button" value="Siguiente &gt;&gt;"/>	

**Paso 7:** Si la Organización es “OSUTHGRA”, se muestra el panel de familiares. en caso de que sea un Beneficiaria ya existente, se “AUTOCOMPLETA” el formulario con los datos correspondientes solamente si tuviera familiares declarados previamente. Caso contrario deberá completar los datos personales del grupo familiar.

Tabla de Familiares / <b>***Ingresar Nuevo Familiar**</b>											
Apellido	Nombres	Parentesco	Sexo	Tip. Doc.	Nro. de Documento	Cuil Familiar	Fec. Nac.	Tip. Act.	Nacionalidad	Fecha Alta.	Situación
	MARIA	CONYUGE	Femenino	LC			18/02/1950		ARGENTINA	10/04/2003	INACTIVO 
	MARCELA	HJO ESTUD SOLT 21a25 AÑOS	Femenino	DU			10/12/1982		ARGENTINA	10/04/2003	INACTIVO 
	NATALIA	HJO SOLTERO MENOR	Femenino	DU	:		03/07/1985		ARGENTINA	10/04/2003	INACTIVO 

**Paso 8:** Si tuviera que modificar la situación del familiar se debe presionar sobre el ícono de la derecha para modificar los datos  del familiar .

Para agregar un nuevo familiar deberá clickear “INGRESAR NUEVO FAMILIAR”. El formulario aparecerá vacío y deberá completar los datos personales del familiar.

Ingrese los datos del Nuevo Familiar				
Apellido	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>	
Apellido y Nombres	<input type="text"/>		Cuil	<input type="text"/>
Nacionalidad	ARGENTINA <input type="button" value="v"/>	Fecha de Nac.	18/02/1950	
Tip. Documento	LIBRETA CIVICA(LC) <input type="button" value="v"/>	Nro. de Documento	<input type="text"/>	
Sexo	Femenino <input type="button" value="v"/>	Parentesco	CONYUGE <input type="button" value="v"/>	
<input type="checkbox"/> Unifica Aporte <input type="checkbox"/> Credencial		<input type="checkbox"/> Provisorio <input type="text"/>		
Familiar <b>INACTIVO</b>	Activar? <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="button" value="Grabar Familiar"/>				

**Paso 9:** En la parte inferior izquierda aparece un checkbox en con la pregunta “ACTIVAR?”, en caso de clickear éste, el familiar quedará “ACTIVO”. En caso contrario quedaría como “INACTIVO” y al momento de grabar los datos, **NO** se tomaría en cuenta al familiar.

Una vez terminado la etapa de Familiares presionar el botón “SIGUIENTE” ubicado sobre la tabla que muestra a todos los familiares para pasar a la siguiente etapa.

**Paso 10:** A continuación deberá completar los datos correspondiente a la “EMPRESA”. Una vez que ingresado el N° de CUIT, de no existir la empresa, deberá completar manualmente datos de la misma y de su establecimiento para poder darles de alta.

De corresponder el N° de CUIT a una ya existente, se “AUTOCOMPLETA” el formulario con los datos correspondientes

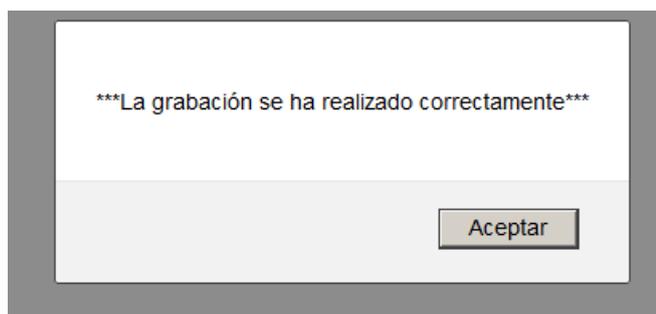
CERRAR	
Empresa / Modificar datos de la Empresa: <input type="checkbox"/>	
Razón Social:	<input type="text"/>
Calle:	<input type="text"/>
Piso: <input type="text" value="0"/>	Depto: <input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>
Cantidad de Empleados:	<input type="text"/>
Nro:	<input type="text"/>
Cód. Postal:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>
Establecimiento / Copiar domicilio de la Empresa <input type="checkbox"/>	
Nombre:	<input type="text"/>
Actividad:	Seleccione <input type="text"/>
Calle:	<input type="text"/>
Piso: <input type="text" value="0"/>	Depto: <input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Fecha de Inicio de Actividades:	<input type="text"/>
Horario:	Seleccione <input type="text"/>
Nro:	<input type="text"/>
Cód. Postal:	<input type="text"/>
Meses de Actividad:	<input type="text" value="Todo el Año"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enero</li> <li>Febrero</li> <li>Marzo</li> <li>Abril</li> </ul>
<input type="button" value="Cancelar"/> <input type="button" value="Grabar"/>	

**Paso 11:** En caso de que la empresa tenga varios Establecimientos, se muestra una lista de los mismos. Una vez seleccionado alguno de ellos, se muestran los datos del mismo.

Ingrese el Nro. de Cuit de la Empresa					
					Cuit: <input type="text" value="30-71536446-4"/>
Razón Social	3º TIEMPO BREWPUB SRL				
Calle	ITALIA	Nro	460	Piso	Teléfono 43439486
Provincia	BUENOS AIRES	Partido	LOMAS DE ZAMORA	Localidad	LOMAS DE ZAMORA
Establecimiento					
Establecimiento	215842	Fantasia	SKAL CRAFT BEERA		
Calle	ITALIA	Nro	460	Piso:	Teléfono 43439486
Provincia	BUENOS AIRES	Partido:	LOMAS DE ZAMORA	Localidad	LOMAS DE ZAMORA
Actividad	RESTAURANTE	<input checked="" type="checkbox"/> del Gremio?	Movimiento	ALTA	Compañeros
Labor	SIN CALIFICAR <input type="text"/>		Fecha Ingreso Empleo	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Cancelar"/> <input type="button" value="Modificar Establecimiento"/> <input type="button" value="Nuevo Establecimiento"/> <input type="button" value="Grabar Empresa"/>					

**Paso 12:** Por debajo del formulario, puede observar menú con botones donde se puede “**MODIFICAR EL ESTABLECIMIENTO**” o generar un “**NUEVO ESTABLECIMIENTO**”.

Una vez ingresado los datos requeridos, deberá presionar clickear el botón “**GRABAR EMPRESA**”.



**Paso 13:** A continuación podrá clicar “**IMPRIMIR SOLICITUD**” para generar una impresión de la solicitud con todos los datos ingresados para que el Titular pueda firmarla.

**Paso 14:** Presionando “**SIGUIENTE**” se muestran todos los datos de la solicitud. Usted deberá adjuntar la documentación escaneada. Para ello deberá seleccionar el archivo escaneado, clickeando “**EXAMINAR**” y subirlo presionando “**GUARDAR ARCHIVO**”.

**La solicitud ha sido grabada correctamente**

Organización:	OSUTHGRA
Tipo de Solicitud:	2-Act. del Beneficiario OSUTHGRA
Nro Solicitud:	62
Cuil:	20-026565 -2
Apellido y Nombre:	NEPOMOCENO BRUNO
Adjunto:	Examinar... No se seleccionó un archivo.
<input type="button" value="Guardar Archivo"/>	

**NOTA:** Para poder finalizar la operación, debe agregar el archivo del escaneo obligatoriamente

**Paso 15:** Una vez grabado el registro y subido correctamente el archivo, usted podrá imprimir la solicitud. Caso contrario deberán volver a ingresar a la solicitud y corregir el/los error/es.

**Paso 16:** Volviendo al Menú Inicial del Paso 5 “**INGRESO DE SOLICITUDES**”, podrá visualizar la solicitud ingresada presionando el botón “**LISTADO**”.

**Ingreso de Solicitudes**

Tipo:  Seccional:

**Encabezado**

Cuil:

**Paso 17:** En caso de registrar algún dato erróneo y necesitar volver a cargar la solicitud, usted podrá eliminar la misma mediante el ícono del final.

Listado de Solicitudes								
	Tipo	Número	Cuil	Fecha-Hora	Total Familia	Empresa	Establecimiento	Archivo
1	2.12	61	27-26782616-7	28/03/2019 - 14:56:13	3	30-61686357-2	SUR	SI <input type="button" value="Eliminar"/>
2	2.12	62	20-02656511-2	03/04/2019 - 16:10:29	3	30-70951822-0	TERRAZAS DE EZEIZA TERMINAL.B	SI <input type="button" value="Eliminar"/>

**Para cualquier situación que no esté prevista en el presente instructivo,  
no dude en comunicarse con la Sede Central de nuestra OSUTHGRA  
para aclarar la inquietud que sea.**

**Para ello, por favor comunicarse al:**

**(011) 4341-8090 - Interno: 734 y/ó 718 con los compañeros Jörg  
Eggers y Lorena B. López.**