

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 588/2024 la base mínima para considerar a un Trabajador/a como beneficiario/a del sistema de obras sociales es de \$157.986,22 a lo que le corresponde un aporte mínimo de \$14.218,76.-

Circular Conjunta UTHGRA 886/2024 y OSUTHGRA 13/2024:

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 \$36.450,00, 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										
Solicitud de Afiliación								Form. 2.01		
Lugar y Fecha de Solicitud: _____										
Identificación del Beneficiario Titular										
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:

OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA									
Actualización de Beneficiarios					<input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Modifica <input type="checkbox"/> Cambio de Seccional			Form. 2.02	
Lugar y Fecha de Solicitud:									
Identificación del Beneficiario Titular									
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		<input type="checkbox"/> Imprime credencial			
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									
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"/>							
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 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:

OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA									
Cambio de Obra Social Decreto 504/98					Lugar y Fecha de Solicitud: _____				
Identificación del Beneficiario Titular					Form. 2.03				
CUIL		Plan	Código		Seccional				
Datos Personales Apellido _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Tipo Doc. _____ Número de Documento _____ Nombres _____ Nacionalidad _____ Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento _____ CUIL del Conyuge _____ Unifica Aportes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Parentesco con el titular _____ Mail _____ Apellido _____ CUIL _____ Nombres _____ Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Parentesco con el titular _____ Mail _____									
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: _____

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 \$ 8.700 (pesos ocho mil setecientos), 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:

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	P.Emis.

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

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:

D) 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									
Ley 25.865 - MONOTRIBUTISTA					Lugar y Fecha de Solicitud: _____				
Identificación del Beneficiario Titular					Form. 2.11				
CUIL		Plan	Código Seccional						
Datos Personales									
Apellido					Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Tipo Doc.		Número de Documento
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 F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Parentesco con el titular		Mail				
Apellido					CUIL				
Nombres					Nacionalidad				
Fecha de Nacimiento		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Parentesco con el titular		Mail				
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: _____

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 un millón setecientos sesenta y ocho mil, cincuenta (\$1.768.050,00); y de servicio de sepelio por un importe máximo de pesos seiscientos cuarenta y tres mil cincuenta (\$643.050,00), 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

El pago deberé 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.

Serán beneficiarios mis herederos 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:

UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA									
Solicitud de Afiliación								Lugar y Fecha de Solicitud: _____	
Identificación del Beneficiario Titular								Form. 1.01	
CUIL		Código Seccional							
Datos Personales			Sexo		Tipo Doc.		Número de Documento		
Apellido			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>						
Nombres			Nacionalidad						
Estado Civil			Fecha de Nacimiento						
Tipo de Afiliado		<input type="checkbox"/> Fue afiliado UTHGRA		Fecha Alta Ant.		Número Anterior			
<input type="checkbox"/> Activo						Sólo en caso de Afiliado Anterior			
<input type="checkbox"/> Jubilado									
<input type="checkbox"/> Bolsa de Trabajo									
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 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 Empleada		
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 12 de junio de 2024.

Circular conjunta UTHGRA N°886/2024 y OSUTHGRA N°13/2024

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

Ref.: Valores servicios y asignaciones

De nuestra mayor consideración:

Atento el dictado de las Resoluciones UTHGRA SN N°561/2024 y 563/2024; y OSUTHGRA CDOS N°563/2024 y N°564/2024, consideramos conveniente remitirle una ayuda memoria que permita la rápida visualización de los valores vigentes:

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

Titulares: \$ 25.500,00 mensuales.

Titulares con un miembro familiar: \$ 37.500,00 mensuales.

Titulares con dos o más miembros familiares: \$ 56.000,00 mensuales.

2º) A partir del 1º de julio 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 \$8.700,00 mensuales.

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

Titular: \$ 17.100,00 mensuales.

Cada miembro Familiar: \$ 8.700,00 mensuales.

4º) A partir del 1º de julio de 2024, para trabajadores de media jornada o tiempo inferior a media jornada, se establece que deben acreditar un aporte mínimo mensual de \$36.450,00.

5º) La Asignación por Fallecimiento fijada, en los Convenios Colectivos de Trabajo celebrados por la UTHGRA, a partir del 1º de junio de 2024 es de \$1.768.050,00; y la Asignación por Servicio de Sepelio, también fijada en los Convenios Colectivos de Trabajo celebrados por la UTHGRA, a partir del 1º de junio de 2024, es hasta la suma de \$643.050,00.

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

Av. De Mayo 930/945 C1084ARR - CABA - Buenos Aires - Argentina
www.uthgra.org.ar | www.osuthgra.org.ar

SECRETARÍA DE AFILIACIONES



INSTRUCTIVO

CREDENCIAL DIGITAL UTHGRA / OSUTHGRA

CREDECIAL DIGITAL UTHGRA / OSUTHGRA

INSTRUCTIVO PARA EL USUARIO

Funcionamiento básico de la página web “Mi Uthgra” a través de sus distintas pantallas y opciones disponibles.

Para acceder a la Credencial Digital, usted deberá ingresar a Google Playstore ó Apple App Store:



También puede escanear el siguiente código QR:

Allí visualizará la siguiente pantalla.

PASO 1: “REGISTRACIÓN”

A screenshot of a web registration form. At the top, there are two logos: 'UTHGRA' on the left and 'OSUTHGRA' on the right. Below the logos, there are two tabs: 'Ingresar' (grey) and 'Registrarse' (green). The form contains several input fields: 'CUIL', 'DNI (D)' with a dropdown arrow and 'Dni', 'Correo Electrónico', 'Celular', 'Fecha Nacimiento', a dropdown arrow, 'Clave (8 dígitos-1 mayúscula-1 minúscula-1 número)', and 'Confirmar Clave (8 dígitos-1 mayúscula-1 minúscula-1 número)'. At the bottom center, there is a large green button with the text 'REGISTRARSE AHORA' in white capital letters.

- **REGISTRO EN EL SISTEMA**

- Complete los datos requeridos (CUIL, Tipo y Nro. de Documento, Correo Electrónico, Celular, Fecha de Nacimiento y una Clave que cumpla con los requerimientos de seguridad indicados).
- A continuación deberá indicar si el usuario a registrarse es Titular o Familiar.
 - En caso de ser Titular, ingresar la cantidad de familiares activos a su cargo.
 - Si no posee familiares, el numero que debe ingresar es 0.

The screenshot shows a registration form. At the top, there is a dropdown menu with 'TITULAR' selected and a text input field labeled 'Cantidad de Familiares Activos a Cargo'. Below this is a question 'ES USTED TITULAR O FAMILIAR?' with a dropdown menu showing 'TITULAR' selected and 'FAMILIAR' as an option. To the right, there is a text input field with the label 'ula-1 número)'.

- En caso de ser Familiar deberá ingresar el CUIL del Titular.

The screenshot shows a registration form. At the top, there is a dropdown menu with 'FAMILIAR' selected and a text input field labeled 'Cuil del Titular'. Below this is a question 'ES USTED TITULAR O FAMILIAR?' with a dropdown menu showing 'TITULAR' and 'FAMILIAR' as options, with 'FAMILIAR' selected. To the right, there is a text input field with the label 'ula-1 número)'.

- Presione el botón “**REGISTRARSE AHORA**”.



- El sistema validará los datos ingresados.

- **VALIDACIÓN DE SU TELÉFONO CELULAR E IDENTIDAD**

The screenshot shows a web form titled "Validación de identidad" with a close button (X) in the top right corner. The main text reads: "Debe validar su celular. Por favor revise su bandeja de SMS e ingrese el código de validación que hemos enviado." Below this is a text input field labeled "Código para su celular:". Underneath, there is a prompt: "Por favor seleccione la opción correcta entre las siguientes preguntas para que podamos validar su identidad." This is followed by two empty dropdown menus. At the bottom right, there are two buttons: "Cerrar" (white) and "Confirmar" (blue).

- Para mayor seguridad el sistema le solicitará que responda algunas preguntas personales a fin de verificar su identidad.
- Asimismo deberá copiar el código de seguridad recibido en su teléfono celular y pegarlo aquí para poder validarlo.
- Completado todos los campos, presione el botón “**CONFIRMAR**”.

PANTALLA 2: “INGRESO”

- Completado el registro, deberá ingresar su CUIL, la clave elegida y presionar “INGRESAR”.

PANTALLA 3:

“DATOS DEL BENEFICIARIO”

Una vez verificado la identidad, usted accederá a la siguiente pantalla, en la podrá visualizar sus datos personales y verificar si se encuentra o no activo en el padrón prestacional.



Descargar Credencial

- CÓDIGO QR
 - En la parte inferior de la pantalla usted contará con un código QR que deberá mostrarle al personal de control para ser escaneado.
- DESCARGAR CREDENCIAL

- Además de contar con sus datos Online, podrá descargarlos en formato PDF para poder acceder a su credencial desde cualquier dispositivo sin necesidad de conectividad.
- El archivo PDF también contará con el código QR correspondiente.
- Para descargar la Credencial Digital, usted deberá hacer clic en el botón “DESCARGAR CREDENCIAL”.



[Descargar Credencial](#)

MODELO CREDENCIAL DIGITAL EN FORMATO PDF



Obra Social de los Trabajadores del
Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de
la República Argentina



CREDECIAL DIGITAL

FECHA IMPRESIÓN:

22/02/2022

FECHA VENCIMIENTO:

22/03/2022

PADRÓN:

Beneficiario en Padrón

APELLIDO:

NADAL

NOMBRES:

NADIA SOLEDAD

DNI:

34532995

CUIL

27345329957

CARACTER:

TITULAR

SEXO:

FEMENINO

FECHA NACIMIENTO:

1989-07-28

MENU CREDENCIAL DIGITAL

En el menú usted podrá visualizar su Grupo Familiar presionando “**FAMILIARES**”.

MI UTHGRA | Datos del Beneficiario | **Familiares** | Credenciales OS | Credenciales UTH | Aportes | Usuario: 27345329957 ▾

MI UTHGRA | Datos del Beneficiario | Familiares | Credenciales OS | Credenciales UTH | Aportes | Usuario: 27345329957 ▾

Titular

CUIL TITULAR: 27345329957

Familiares

LISTADO DE FAMILIARES

BENJAMIN TOMAS OLATE

Padrón

BENEFICIARIO EN PADRÓN

Cuil Familiar	Orden	Tipo Beneficiario	Discapacidad
20529550376	1	FAMILIAR ▾	NO

Organización	Situación	Fecha Alta	Fecha Baja
OSUTHGRA ▾	ACTIVO	2019-02-11	

Fecha Nacimiento

2013-02-03

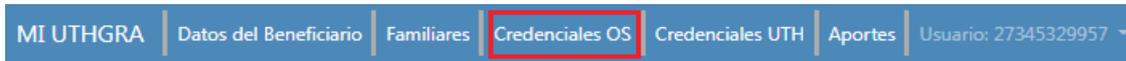


[Descargar Credencial](#)

Aquí visualizará los datos de su Grupo Familiar y también podrá descargar la credencial del Grupo Familiar.

PANTALLA 4: CREDENCIALES OSUTHGRA

- Presionando “**CREDENCIALES OS**” usted podrá acceder a todas sus Credenciales de Obra Social.



PANTALLA 5: CREDENCIALES UTHGRA

- Presionando “**CREDENCIALES UTH**” usted podrá acceder a su Credencial Sindical.



PANTALLA 6: APORTES

- Presionando “**APORTES**” usted podrá ver y controlar de forma simple los últimos aportes hechos por su empleador.

Período	Remuneración	CUIT	Razón Social
202201		34531338652	UTHGRA CENTRAL
202112		34531338652	UTHGRA CENTRAL
202111		34531338652	UTHGRA CENTRAL
202110		34531338652	UTHGRA CENTRAL
202109		34531338652	UTHGRA CENTRAL
202108		34531338652	UTHGRA CENTRAL
202107		34531338652	UTHGRA CENTRAL

PANTALLA 7: ACTUALIZAR DATOS

- Presionando “**USUARIO – ACTUALIZAR DATOS**” usted podrá actualizar de forma simple sus datos de contacto: Correo Electrónico, Teléfono, Dirección. También podrá modificar la contraseña.

MI UTHGRA	Datos del Beneficiario	Familiares	Credenciales OS	Credenciales UTH	Aportes	Usuario: 27345329957
Padrón						
BENEFICIARIO EN PADRÓN						
Cuil	Nombre	Seccional				
27345329957	NADIA SOLEDAD NADAL	CIUDAD DE BUENOS AIRES				
MI UTHGRA Datos del Beneficiario Familiares Credenciales OS Credenciales UTH Aportes Usuario: 27345329957						
Cuil	DNI					
27345329957	34532995					
Correo electrónico			Celular			
naadianadal@hotmail.com			1123903369			
Calle	Nro	Piso	Localidad			
SANTIAGO COSTAMAGNA	5761	Piso	C.A.B.A., CAPITAL FEDERAL, C.A.B.A.			
Clave			Confirmar Clave			
Clave (8 dígitos-1 mayúscula-1 minúscula-1 número)			Confirmar Clave (8 dígitos-1 mayúscula-1 minúscula-1 número)			
Actualizar Datos						

Para guardar los cambios, usted deberá presionar “**ACTUALIZAR DATOS**”.

Desarrollo realizado por la Secretaría de Afiliaciones y el Departamento de Sistemas de la UTHGRA.

**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 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.

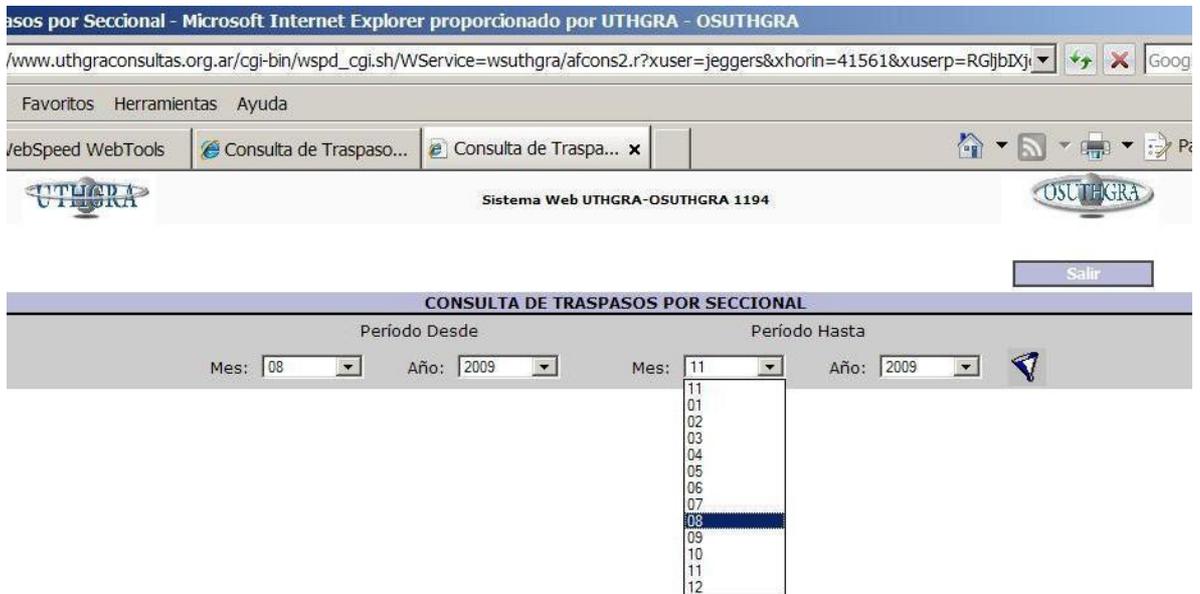
Paso 2: a la izquierda se visualizará la opción de CONSULTAS U.T.H.G.R.A., hacer clic en INGRESAR.

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.



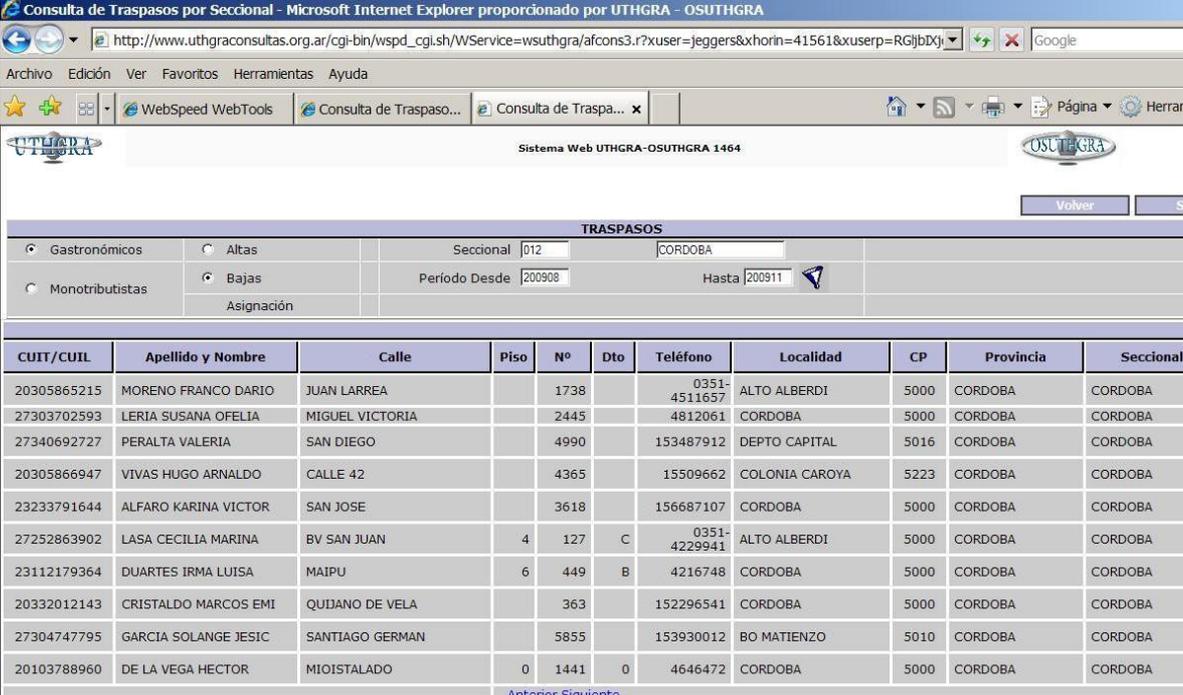
Paso 5: **Seleccionar el período que se desea visualizar (Período Desde – Mes y año; Período Hasta – Mes y Año) y luego clicar el botón Buscar** .



Paso 6: **Seleccionar la Seccional que desee consultar.**

Cod.Sec	Seccional	Gast.Altas	Gast.Bajas	Gast.Total	Mono.Altas	Mono.Bajas	Mono.Asign	Mono.Total	Resultado Total
001	AVELLANEDA	35	50	-15	24	33	0	-9	
002	BAHIA BLANCA	1	14	-13	1	3	0	-2	
005	CAPITAL FEDERAL	53	277	-224	21	129	0	-108	
006	CATAMARCA	9	14	-5	1	50	0	-49	
007	CHASCOMUS	0	10	-10	0	4	0	-4	
010	COMODORO RIVADAVIA	3	23	-20	2	4	0	-2	
011	CONCORDIA	2	6	-4	0	124	0	-124	
012	CORDOBA	16	112	-96	3	179	0	-176	
013	CORRIENTES	3	18	-15	1	3	0	-2	
015	EMBALSE	10	3	7	0	15	0	-15	
TOT	Totales	343	1419	-1076	204	1139	0	-935	-2

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** .



CUIT/CUIL	Apellido y Nombre	Calle	Piso	Nº	Dto	Teléfono	Localidad	CP	Provincia	Seccional
20305865215	MORENO FRANCO DARIO	JUAN LARREA		1738		0351-4511637	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	QUIJANO 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.

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**.

The image shows a screenshot of the "Ingreso de Solicitudes" form. The form has a header with "Ingreso de Solicitudes" and "LISTADO". Below the header, there are three dropdown menus: "Organización:" with "UTHGRA" selected, "Tipo:" with "1-Solicitud Afiliación UTHGRA" selected, and "Seccional:" with "AVELLANEDA-LOMAS DE ZAMORA" selected. Below these is a section titled "Encabezado" with a "CUIL" input field and an "Ingresar" button. The "Organización" and "Tipo" dropdowns are highlighted with red rectangular boxes.

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	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	
		Nombre	
		Nro. de Documento	28811953
		Estado Civil	SOLTERO
		Cancelar Siguiente >>	
Paso 2			
Calle		Nro.	
Provincia	Seleccione	Partido	Ver Todos
Email		P.Dto.:	
		Localidad	Ver Todos
Calle		Nro.	
Provincia	Seleccione	Partido	
		P.Dto.	
		Localidad	
Benef. Ant.	Fecha de Alta	Fecha Mesa de Entrada	03/04/2019
		Afil. Ant.	
		Benef. Ant.	
		<< Anterior Siguiente >>	

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	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
		Nombre	Juan
		Nro. de Documento	28811953
		Estado Civil	SOLTERO
		Cancelar Siguiente >>	
Paso 2			
Calle	Ruiz	Nro.	1907
Provincia	C.A.B.A.	Partido	CABA Ver Todos
Email		P.Dto.:	
		Localidad	CABA Ver Todos
Calle	Ruiz	Nro.	1907
Provincia	C.A.B.A.	Partido	CABA
		P.Dto.	
		Localidad	CABA
Benef. Ant.	Fecha de Alta	Fecha Mesa de Entrada	03/04/2019
		Afil. Ant.	
		Benef. Ant.	
		<< Anterior Siguiente >>	

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 / **Ingresar Nuevo Familiar**											
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	Fecha de Nac.	18/02/1950	
Tip. Documento	LIBRETA CIVICA(LC)	Nro. de Documento	<input type="text"/>	
Sexo	Femenino	Parentesco	CONYUGE	
<input type="checkbox"/> Unifica Aporte <input type="checkbox"/> Credencial		<input type="checkbox"/> Provisorio		
Familiar INACTIVO	Activar? <input checked="" type="checkbox"/>			
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

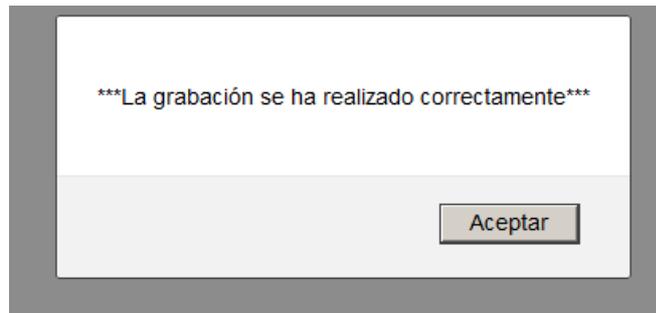
CERRAR	
Empresa / Modificar datos de la Empresa: <input type="checkbox"/>	
Razón Social:	<input type="text"/>
Calle:	<input type="text"/>
Piso: 0	Depto: <input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>
Cantidad de Empleados:	<input type="text"/>
Nro:	<input type="text"/>
Cód. Postal:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>
Establecimiento / Copiar domicilio de la Empresa <input type="checkbox"/>	
Nombre:	<input type="text"/>
Actividad: Seleccione	Fecha de Inicio de Actividades: <input type="text"/>
Calle:	Nro: <input type="text"/>
Piso: 0	Depto: <input type="text"/>
Localidad:	Cód. Postal: <input type="text"/>
Provincia:	Meses de Actividad: <ul style="list-style-type: none">Todo el Año ^EneroFebreroMarzoAbril v
Teléfono:	<input type="text"/>
<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:	30-71536446-4
Razón Social	3º TIEMPO BREWPUB SRL		
Calle	ITALIA	Nro	460
Provincia	BUENOS AIRES	Partido	LOMAS DE ZAMORA
		Piso	
		Teléfono	43439486
		Localidad	LOMAS DE ZAMORA
Establecimiento			
tablecimiento	215842	Fantasia	SKAL CRAFT BEERA
Calle	ITALIA	Nro	460
Provincia	BUENOS AIRES	Piso:	
		Teléfono	43439486
		Partido:	LOMAS DE ZAMORA
		Localidad	LOMAS DE ZAMORA
Actividad	RESTAURANTE	<input checked="" type="checkbox"/> del Gremio?	Movimiento
Labor	SIN CALIFICAR		ALTA
		Compañeros	
		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.**