



**ASOCIACION PROFESIONALES
DE LA SALUD DE CAMPANA**
CASTELLI 112 - TELEFAX: (02499) 427521/424096
(2804) CAMPANA - BS. AS.

Liquidación N° :113513

Fecha:31/03/2025

Matrícula :053285/00

Hoja N° : 1

Prestador : **CARBALLADA SILVIA**

N° Insc. I.B.:27-12725738 D.G.I.:27-12725738-3

PRESTACIONES

OBRA SOCIAL	FACT.	F.P.	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
082/HOSPITAL ITALIAN	001011	12/24	158,886.00		158,886.00
A) Total Facturas	---	---	158,886.00	0.00	158,886.00
B) Total Créditos	---	---	0.00	0.00	0.00
082/HOSPITAL ITALIAN	001011	12/24 D	-3,114.17		-3,114.17
C) Total Débitos	---	---	-3,114.17	0.00	-3,114.17
Total Facturado	---	---	155,771.83	0.00	155,771.83
DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES				DEBITO	CREDITO
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO				7,788.59	
LEY BANCARIA 25413				819.82	
RET.GASTOS ADM.				9,346.31	
DSI				4,500.00	
GASTOS PAPELERIA				2,000.00	
D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES				24,454.72	0.00

FECHA DE ENTREGA DE HONORARIOS: EL DIA 10 DE C/MES (INAMOVIBLE)
SI COINCIDE FIN DE SEMANA O FERIADO PASA AL 1° DIA HABIL POSTERIOR.-

LOS DEBITOS SE CONTESTAN A PARTIR DEL 15 DE C/MES. Enviar reclamos al mail
contaduria@asocprof.com.ar

FECHA DE ENTREGA DE LIQUIDACION: LUNES A JUEVES 14.00 HS A 16.30 HS.
VIERNES 13.30 HS A 15.30 HS.

Neto a Pagar

131,317.11

Son \$ ciento treinta y un mil trescientos diecisiete con 11/Cien.

C.P.S.M.

COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 113513

AGENTE DE RETENCION	NUMERO ASOC. PROF. DE LA SALUD	AP. Y NOMBRE O RAZON SOCIAL CAMPANA	DATOS DE LA OPERACION	Nº LIQUIDACION	FECHA	IMPORTE
	30-65576850-1			00113513	31/03/2025	155,771.83

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	IMPORTE RETENIDO
	/ /	00113513	7,788.59

CONTRIBUYENTE	MATRICULA	CUIT	APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL
	053285	27-12725738-3	CARBALLADA SILVIA
	DOMICILIO		LOCALIDAD-PARTIDO
	ITUZAINGO 1330		ZARATE

OBSERVACIONES

DR. ROMANO PEDRO
PRESIDENTE

31/03/2025

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 31/03/2025

Prestador : 053285/00 CARBALLADA SILVIA

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	AMADEI EMMA 888867 02/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	BROSCI SUSANA 3714003 11/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	CRAJEVICH ALBERTO 184073 11/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	GOMEZ IRMA 2794485 18/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	MOCILNIK MARISA 4186490 18/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	MOREYRA VICTOR 2794477 18/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	SAFONTAS HEBE 2096980 04/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	SANTOS MARIA 370510 02/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001011	01/12/2024	4201010	1	SAYAGO DELMA 1840743 02/12/24	17,654.00	0.00	17,654.00
Total						158,886.00	0.00	158,886.00