



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

Liquidación N° :114444

Fecha:30/04/2025

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	001029	01/25	108,572.10		108,572.10
<b>A) Total Facturas</b>	---	---	108,572.10	0.00	108,572.10
<b>B) Total Créditos</b>	---	---	0.00	0.00	0.00
<b>C) Total Débitos</b>	---	---	0.00	0.00	0.00
<b>Total Facturado</b>	---	---	108,572.10	0.00	<b>108,572.10</b>

DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES	DEBITO	CREDITO
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO	5,428.60	
LEY BANCARIA 25413	2,676.09	
RET.GASTOS ADM. ....	6,514.33	
DSI	4,500.00	
GASTOS PAPELERIA	2,000.00	
<b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b>	<b>21,119.02</b>	<b>0.00</b>

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**

**87,453.08**

Son \$ ochenta y siete mil cuatrocientos cincuenta y tres con 8/Cien.

C.P.S.M.

COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 114444

AGENTE DE RETENCION	NUMERO ASOC. PROF. DE LA SALUD CAMPANA	AP. Y NOMBRE O RAZON SOCIAL DATOS DE LA OPERACION	Nº LIQUIDACION	FECHA	IMPORTE
	30-65576850-1		00114444	30/04/2025	108,572.10

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	IMPORTE RETENIDO
	/ /	00114444	5,428.60

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

30/04/2025

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

## Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 30/04/2025

Prestador : 053285/00 CARBALLADA SILVIA

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001029	01/01/2025	4201010	1	CRAJEVICH ALBERTO 184073 6/1	18,095.35	0.00	18,095.35
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001029	01/01/2025	4201010	1	AMADEI EMMA 00888867 13/1	18,095.35	0.00	18,095.35
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001029	01/01/2025	4201010	1	ALVAREZ ANGELA 1247204 22/1	18,095.35	0.00	18,095.35
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001029	01/01/2025	4201010	1	SANTOS MARIA 370510 8/1	18,095.35	0.00	18,095.35
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001029	01/01/2025	4201010	1	GOMEZ IRMA 2794485 8/1	18,095.35	0.00	18,095.35
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-001029	01/01/2025	4201010	1	SAFONTAS HEBE 2096980 21/1	18,095.35	0.00	18,095.35
Total						108,572.10	0.00	108,572.10