



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

Liquidación N° :111249

Fecha:29/11/2024

Matrícula :054430/00

Hoja N° : 1

Prestador : **SCIARRETTA ROBERTO**

N° Insc. I.B.:20-12071702 D.G.I.:20-12071702-3

**PRESTACIONES**

OBRA SOCIAL	FACT.	F.P.	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
163/COBERTURA INT.DE	005078	09/24	11,000.00		11,000.00
164/COBERT INT DE ME	005079	09/24	11,000.00		11,000.00
<b>A) Total Facturas</b>	---	---	22,000.00	0.00	22,000.00
<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>	---	---	22,000.00	0.00	<b>22,000.00</b>

DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES	DEBITO	CREDITO
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO	1,100.00	
LEY BANCARIA 25413	102.84	
RET.GASTOS ADM. ....	1,760.00	
DSI	4,000.00	
GASTOS PAPELERIA	2,000.00	
<b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b>	<b>8,962.84</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**

**13,037.16**

Son \$ trece mil treinta y siete con 16/Cien.

C.P.S.M.

COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 111249

AGENTE DE RETENCION	NUMERO ASOC. PROF. DE LA SALUD	AP. Y NOMBRE O RAZON SOCIAL CAMPANA	DATOS DE LA OPERACION	N° LIQUIDACION	FECHA	IMPORTE
	30-65576850-1			00111249	29/11/2024	22,000.00

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	IMPORTE RETENIDO
	/ /	00111249	1,100.00

CONTRIBUYENTE	MATRICULA	CUIT	APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL
	054430	20-12071702-3	SCIARRETTA ROBERTO
	DOMICILIO		LOCALIDAD-PARTIDO
	ATE. BROWN 73		ZARATE

OBSERVACIONES

DR. ROMANO PEDRO  
PRESIDENTE

29/11/2024

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

**Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 29/11/2024**

Prestador : 054430/00 SCJARRETTA ROBERTO

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
163-COBERTURA INT.DE MED.	0003-005078	01/09/2024	4201010	1		11,000.00	0.00	11,000.00
164-COBERT INT DE MED ASI	0003-005079	01/09/2024	4201010	1		11,000.00	0.00	11,000.00
Total						22,000.00	0.00	22,000.00