



**PRESTACIONES**

OBRA SOCIAL	FACT.	F.P.	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
709/CLINICA DELTA S	005964	11/25	60,000.00		60,000.00
<b>A) Total Facturas</b>	---	---	60,000.00	0.00	60,000.00
<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>	---	---	60,000.00	0.00	<b>60,000.00</b>

DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES	DEBITO	CREDITO
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO	3,000.00	
LEY BANCARIA 25413	301.20	
RET.GASTOS ADM. ....	4,800.00	
GASTOS PAPELERIA	2,000.00	
<b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b>	<b>10,101.20</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  
contaduriaasocprof@gmail.com

-----  
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**

**49,898.80**

Son \$ cuarenta y nueve mil ochocientos noventa y ocho con 80/Cien.

C.P.S.M.

COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 119315

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		00119315	03/02/2026	60,000.00

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	IMPORTE RETENIDO
	/ /	00119315	3,000.00

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

03/02/2026

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

**Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 03/02/2026**

Prestador : 054430/00 SCJARRETTA ROBERTO

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
709-CLINICA DELTA S.A. RE	0003-005964	01/11/2025	4201010	4		60,000.00	0.00	60,000.00
Total						60,000.00	0.00	60,000.00