



ASOCIACION PROFESIONALES  
DE LA SALUD DE CAMPANA  
CASTELLU 112 - TELEFAX: (03499) 427521/424096  
(2804) CAMPANA - BS. AS.

Liquidación N° :122310

Matrícula :064435/00

Prestador : **ORTIZ NANCY PAOLA**

N° Insc. I.B.:27-28942219 D.G.I.:27-28942219-1

Fecha:31/08/2026

Hoja N° : 1

| PRESTACIONES                                   |        |       |            |           |                   |
|------------------------------------------------|--------|-------|------------|-----------|-------------------|
| OBRA SOCIAL                                    | FACT.  | F.P.  | HONORARIOS | GASTOS    | FACTURADO         |
| 094/OSMATA                                     | 006352 | 06/26 | 159,740.00 |           | 159,740.00        |
| 180/SALUD PROFESION                            | 006383 | 05/26 | 195,600.00 |           | 195,600.00        |
| 300/COBERT. INT DE                             | 006420 | 06/26 | 17,197.42  |           | 17,197.42         |
| 428/ASOCIACION MUTU                            | 006359 | 06/26 | 210,779.10 |           | 210,779.10        |
| <b>A) Total Facturas</b>                       | ---    | ---   | 583,316.52 | 0.00      | 583,316.52        |
| <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>                         | ---    | ---   | 583,316.52 | 0.00      | <b>583,316.52</b> |
| DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES         |        |       |            | DEBITO    | CREDITO           |
| CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO                  |        |       |            | 29,165.83 |                   |
| LEY BANCARIA 25413                             |        |       |            | 6,404.14  |                   |
| RET.GASTOS ADM. ....                           |        |       |            | 46,665.32 |                   |
| DSI                                            |        |       |            | 4,500.00  |                   |
| GASTOS PAPELERIA                               |        |       |            | 2,000.00  |                   |
| <b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b> |        |       |            | 88,735.29 | 0.00              |

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

|                     |                                                                          |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Neto a Pagar</b> | <b>494,581.23</b>                                                        |
| Son \$              | cuatrocientos noventa y cuatro mil quinientos ochenta y uno con 23/Cien. |

|                        |                                           |                             |                          |                                                                                                       |                                  |            |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|
| AGENTE DE<br>RETENCION | NUMERO<br>ASOC. PROF. DE LA SALUD CAMPANA | AP. Y NOMBRE O RAZON SOCIAL | DATOS DE LA<br>OPERACION | Nº LIQUIDACION                                                                                        | FECHA                            | IMPORTE    |
|                        | 30-65576850-1                             |                             |                          | 00122310                                                                                              | 31/08/2026                       | 583,316.52 |
| DATOS DEL<br>DEPOSITO  | FECHA                                     | NRO. DE COMPROBANTE         |                          |                                                                                                       | IMPORTE RETENIDO                 |            |
|                        | / /                                       | 00122310                    |                          |                                                                                                       | 29,165.83                        |            |
| CONTRIBUYENTE          | MATRICULA                                 |                             | CUIT                     |                                                                                                       | APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL |            |
|                        | 064435                                    |                             | 27-28942219-1            |                                                                                                       | ORTIZ NANCY PAOLA                |            |
|                        | DOMICILIO                                 |                             |                          |                                                                                                       | LOCALIDAD-PARTIDO                |            |
|                        | Ant. Argentina 4632                       |                             |                          |                                                                                                       | ZARATE                           |            |
| OBSERVACIONES          |                                           |                             |                          | <div>DR. ROMANO PEDRO<br/>PRESIDENTE</div> <div>31/08/2026<br/>FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD</div> |                                  |            |

Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 31/08/2026  
Prestador : 064435/00 ORTIZ NANCY PAOLA

| Obra Social               | FACT.       | Fecha      | N.N.    | Cant | Afiliado             | HONORARIOS | GASTOS | FACTURADO  |
|---------------------------|-------------|------------|---------|------|----------------------|------------|--------|------------|
| 094-OSMATA                | 0003-006352 | 01/06/2026 | 4201010 | 5    |                      | 159,740.00 | 0.00   | 159,740.00 |
| 180-SALUD PROFESIONAL Y T | 0003-006383 | 01/05/2026 | 4201010 | 10   |                      | 195,600.00 | 0.00   | 195,600.00 |
| 300-COBERT. INT DE MED AS | 0003-006420 | 01/06/2026 | 4201010 | 1    | BONO SIN IDENTIFICAR | 17,197.42  | 0.00   | 17,197.42  |
| 428-ASOCIACION MUTUAL SAN | 0003-006359 | 01/06/2026 | 4201010 | 7    |                      | 210,779.10 | 0.00   | 210,779.10 |
| Total                     |             |            |         |      |                      | 583,316.52 | 0.00   | 583,316.52 |