



**PRESTACIONES**

OBRA SOCIAL	FACT.	F.P.	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
709/CLINICA DELTA S	006095	01/26	40,000.00		40,000.00
<b>A) Total Facturas</b>	---	---	40,000.00	0.00	40,000.00
<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>	---	---	40,000.00	0.00	<b>40,000.00</b>

DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES	DEBITO	CREDITO
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO	2,000.00	
RET.GASTOS ADMINISTRAT. ....	2,000.00	
LEY BANCARIA 25413	201.60	
GESTION EXTERNA	400.00	
GASTOS PAPELERIA	2,000.00	
IMPUESTO A LAS GANANCIAS	0.00	
<b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b>	<b>6,601.60</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**

**33,398.40**

Son \$ treinta y tres mil trescientos noventa y ocho con 40/Cien.

C.P.S.M.

COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 120219

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			00120219	06/04/2026	40,000.00

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	IMPORTE RETENIDO
	/ /	00120219	2,000.00

CONTRIBUYENTE	MATRICULA	CUIT	APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL
	113547	27-20099479-0	DENARDI CELICA
	DOMICILIO		LOCALIDAD-PARTIDO
	AV.SOBERANIA 272		GUALEGUAY

OBSERVACIONES

DR. ROMANO PEDRO  
PRESIDENTE

06/04/2026

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

**Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 06/04/2026**  
Prestador : 113547/00 DENARDI CELICA

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
709-CLINICA DELTA S.A. RE	0003-006095	01/01/2026	4201010	2		40,000.00	0.00	40,000.00
Total						40,000.00	0.00	40,000.00