



**PRESTACIONES**

OBRA SOCIAL	FACT.	F.P.	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
082/HOSPITAL ITALIAN	000743	08/23	3,353.00		3,353.00
082/HOSPITAL ITALIAN	000743	09/23	3,574.00		3,574.00
082/HOSPITAL ITALIAN	000743	11/23	7,548.00		7,548.00
164/COBERT INT DE ME	004557	11/23	3,270.00		3,270.00
164/COBERT INT DE ME	004557	12/23	21,582.00		21,582.00
300/COBERT. INT DE M	004558	12/23	3,597.00		3,597.00
<b>A) Total Facturas</b>	---	---	42,924.00	0.00	42,924.00
<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>	---	---	42,924.00	0.00	<b>42,924.00</b>

DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES	DEBITO	CREDITO
INGRESOS BRUTOS	751.17	
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO	2,146.20	
RET.GASTOS ADMINISTRAT. ....	2,146.20	
LEY BANCARIA 25413	501.13	
DSI	3,500.00	
<b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b>	9,044.70	0.00

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**

**33,879.30**

Son \$ treinta y tres mil ochocientos setenta y nueve con 30/Cien.

DGR

R-122 - COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 0000096283

AGENTE DE RETENCION	NUMERO	AP. Y NOMBRE O RAZON SOCIAL	DATOS DE LA OPERACION	N° LIQUIDACION	FECHA	IMPORTE
	014-90-0001-1 30-65576850-1	ASOC. PROF. DE LA SALUD C		00104402	29/02/2024	42,924.00

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	NOMBRE DEL BANCO	IMPORTE RETENIDO
	/ /		PROVINCIA DE BS. AS.	751.17

CONTRIBUYENTE	NUMERO ING. BRUTOS	CUIT	APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL
	27-21711575-8	27-21711575-8	AHUMADA MARTINA
	DOMICILIO	OTRAS REFERENCIAS	LOCALIDAD-PARTIDO
	DEHEZA 1671 3 A		CAPITAL

OBSERVACIONES

DR. ROSALES BERNARDO  
PRESIDENTE

29/02/2024

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

## Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 29/02/2024

Prestador : 446710/00 AHUMADA MARTINA

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-000743	01/08/2023	4201010	1	GIRORDI VILMA 380141 09/08/23	3,353.00	0.00	3,353.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-000743	01/09/2023	4201010	1	PEREZZO CELIA 0881011 10/09/23	3,574.00	0.00	3,574.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-000743	01/11/2023	4201010	1	PEREZZO CELIA 0881011 18/10/23	3,774.00	0.00	3,774.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-000743	01/11/2023	4201010	1	PEREZZO CELIA 0881011 02/10/23	3,774.00	0.00	3,774.00
164-COBERT INT DE MED ASI	0003-004557	01/11/2023	4201010	1		3,270.00	0.00	3,270.00
164-COBERT INT DE MED ASI	0003-004557	01/12/2023	4201010	6		21,582.00	0.00	21,582.00
300-COBERT. INT DE MED AS	0003-004558	01/12/2023	4201010	1		3,597.00	0.00	3,597.00
Total						42,924.00	0.00	42,924.00