



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

Liquidación N° :106212

Fecha:28/06/2024

Matrícula :446710/00

Hoja N° : 1

Prestador : **AHUMADA MARTINA**

N° Insc. I.B.:27-21711575 D.G.I.:27-21711575-8

### PRESTACIONES

OBRA SOCIAL	FACT.	F.P.	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
082/HOSPITAL ITALIAN	000843	02/24	10,000.00		10,000.00
082/HOSPITAL ITALIAN	000843	03/24	12,420.00		12,420.00
<b>A) Total Facturas</b>	---	---	22,420.00	0.00	22,420.00
<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>	---	---	22,420.00	0.00	<b>22,420.00</b>

DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES	DEBITO	CREDITO
INGRESOS BRUTOS	392.35	
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO	1,121.00	
RET.GASTOS ADMINISTRAT. ....	1,121.00	
LEY BANCARIA 25413	564.42	
DSI	4,000.00	
<b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b>	7,198.77	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**

**15,221.23**

Son \$ quince mil doscientos veintiuno con 23/Cien.

DGR

R-122 - COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 0000097085

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		00106212	28/06/2024	22,420.00

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	NOMBRE DEL BANCO	IMPORTE RETENIDO
	/ /		PROVINCIA DE BS. AS.	392.35

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

28/06/2024

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

## Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 28/06/2024

Prestador : 446710/00 AHUMADA MARTINA

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-000843	01/02/2024	4201010	1	GIRARDI VILMA 3801412 21/02/24	10,000.00	0.00	10,000.00
082-HOSPITAL ITALIANO	0004-000843	01/03/2024	4201010	1	GIRARDI VILMA 3801412 20/03/24	12,420.00	0.00	12,420.00
Total						22,420.00	0.00	22,420.00