



**PRESTACIONES**

OBRA SOCIAL	FACT.	F.P.	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
038/O.S.UNION PERSON	000818	01/24	336,000.00		336,000.00
163/COBERTURA INT.DE	004680	03/24	10,000.00		10,000.00
164/COBERT INT DE ME	004681	03/24	12,000.00		12,000.00
300/COBERT. INT DE M	004679	03/24	8,000.00		8,000.00
<b>A) Total Facturas</b>	---	---	366,000.00	0.00	366,000.00
<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>	---	---	366,000.00	0.00	<b>366,000.00</b>

DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES	DEBITO	CREDITO
INGRESOS BRUTOS	6,405.00	
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO	18,300.00	
LEY BANCARIA 25413	1,893.75	
FOT. POR HONORARIOS HASTA 5	50.00	
RET.GASTOS ADM. ....	25,620.00	
DSI	3,500.00	
<b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b>	55,768.75	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**

**310,231.25**

Son \$ trescientos diez mil doscientos treinta y uno con 25/Cien.

DGR

R-122 - COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 0000096723

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		00105349	30/04/2024	366,000.00

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	NOMBRE DEL BANCO	IMPORTE RETENIDO
	/ /		PROVINCIA DE BS. AS.	6,405.00

CONTRIBUYENTE	NUMERO ING. BRUTOS	CUIT	APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL
	27-28218217-9	27-28218217-9	SALAZAR MOLTRASIO LUCILA
	DOMICILIO	OTRAS REFERENCIAS	LOCALIDAD-PARTIDO
	25 DE MAYO 1018		CAMPANA

OBSERVACIONES

DR. ROSALES BERNARDO  
PRESIDENTE

30/04/2024

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

## Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 30/04/2024

Prestador : 453758/00 SALAZAR MOLTRASIO LUCILA

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
038-O.S.UNION PERSONAL DE	0004-000818	01/01/2024	0601120	1	LOPEZ MARIA	336,000.00	0.00	336,000.00
163-COBERTURA INT.DE MED.	0003-004680	01/03/2024	4201010	2		10,000.00	0.00	10,000.00
164-COBERT INT DE MED ASI	0003-004681	01/03/2024	4201010	2		12,000.00	0.00	12,000.00
300-COBERT. INT DE MED AS	0003-004679	01/03/2024	4201010	2		8,000.00	0.00	8,000.00
Total						366,000.00	0.00	366,000.00