



**PRESTACIONES**

OBRA SOCIAL	FACT.	F.P.	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
073/ASOC.DEL PERS.S	005384	02/25	50,000.00		50,000.00
<b>A) Total Facturas</b>	---	---	50,000.00	0.00	50,000.00
<b>B) Total Créditos</b>	---	---	0.00	0.00	0.00
073/ASOC.DEL PERS.S	005384	02/25 D	-1,000.00		-1,000.00
<b>C) Total Débitos</b>	---	---	-1,000.00	0.00	-1,000.00
<b>Total Facturado</b>	---	---	49,000.00	0.00	<b>49,000.00</b>

DEBITOS/CREDITOS VARIOS Y RET. LEGALES	DEBITO	CREDITO
INGRESOS BRUTOS	980.00	
CAJA DE PREV. Y SEGURO MEDICO	2,450.00	
LEY BANCARIA 25413	234.84	
OTROS BANCOS	1,000.00	
RET.GASTOS ADM. ....	3,430.00	
GASTOS PAPELERIA	2,000.00	
<b>D) TOTAL DEBITOS/CREDITOS Y RETENCIONES</b>	10,094.84	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  
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 38,905.16**

Son \$ treinta y ocho mil novecientos cinco con 16/Cien.

DGR

R-122 - COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 0000099606

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		00115944	07/07/2025	49,000.00

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	NOMBRE DEL BANCO	IMPORTE RETENIDO
	/ /		PROVINCIA DE BS. AS.	980.00

CONTRIBUYENTE	NUMERO ING. BRUTOS	CUIT	APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL
	27-34162555-1	27-34162555-1	DIMILITO MARIA GUILLERMINA

  

CONTRIBUYENTE	DOMICILIO	OTRAS REFERENCIAS	LOCALIDAD-PARTIDO
	25 DE MAYO 934		CAMPANA

OBSERVACIONES

DR. ROMANO PEDRO  
PRESIDENTE

07/07/2025

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

C.P.S.M.

COMPROBANTE DE RETENCIONES

NRO.: 115944

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			00115944	07/07/2025	49,000.00

DATOS DEL DEPOSITO	FECHA	NRO. DE COMPROBANTE	IMPORTE RETENIDO
	/ /	00115944	2,450.00

CONTRIBUYENTE	MATRICULA	CUIT	APELLIDO Y NOMBRE O RAZON SOCIAL
	551731	27-34162555-1	DIMILITO MARIA GUILLERMINA
	DOMICILIO		LOCALIDAD-PARTIDO
	25 DE MAYO 934		CAMPANA

OBSERVACIONES

DR. ROMANO PEDRO  
PRESIDENTE

07/07/2025

FECHA ASOC. DE PROF. DE LA SALUD

## Detalle de Prestaciones Liquidadas, Fecha: 07/07/2025

Prestador : 551731/00 DIMILITO MARIA GUILLERMINA

Obra Social	FACT.	Fecha	N.N.	Cant	Afiliado	HONORARIOS	GASTOS	FACTURADO
073-ASOC.DEL PERS.SUP.DE	0003-005384	01/02/2025	4201010	1	00139840413 21/02	25,000.00	0.00	25,000.00
073-ASOC.DEL PERS.SUP.DE	0003-005384	01/02/2025	4201010	1	00135840213 21/02	25,000.00	0.00	25,000.00
Total						50,000.00	0.00	50,000.00