Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet

N° RECIBO	APELLIDO Y NOMBRE	LEGAJO	F. INGRESO
5016	**CROVO MARINA SOLEDAD**	**30584**	**01/11/2009**

AG.	CAT.	CARGO	CARGO	H/S	TIPO Y N° DOC	C.U.I.L	PERIODO LIQUIDADO	
1	**17**	**17**	**ADM. HOGAR**	**30**	**DNI 30864095**	**27-30864095-2**	AÑO: **2025**	MES: **8**

NORMAL

Cant.	Código	Concepto	Hab. c/Ap.	Hab. s/Ap.	Desc.
30,00	10000	BASICO	023.915,08		
	10100	ANTIGUEDAD AL 1%	81.913,21		
	10106	ANTIGUEDAD AL 1.5%	76.793,63		
	10109	ANTIGUEDAD AL 2% 2023	40.956,60		
	10150	BONIFICACION PERMANENCIA	81.913,21		
	10300	BONIFICACION POR TITULO SECUNDARIO	122.869,81		
	10660	BONIFICACION POR GABINETE	307.174,52		
149,95	30000	RETRIB. COMP. REMUNERATIVA	149,95		
	30400	ASIGNACION FAMILIAR POR HIJO		11.886,00	
	50000	IPS 14%			242,996.04
	50010	IOMA 4.8%			83,312.93
	50095	SEGURO DE VIDA			11,640.00
1033,00	50097	SEGURO SEPELIO			1,033.00
			.735.686,01	11.886,00	338.981,97

Son Pesos: Un millón cuatrocientos ocho mil quinientos noventa con 4/100 .-

LIQUIDO A PAGAR

1.408.590,04

TALON PARA EL AGENTE