

**Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación**  
 Arenales 884  
 1061 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
 Tel (54-11) 4000-9500  
 www.accordsalud.com.ar  
 I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO

**B**  
 COD  
 06

**FECHA DE EMISIÓN: 01/06/2026**  
 C.U.I.T.: 30-68303222-7  
 Reg. Nac. Obra Social: 1-2570-7  
 Ingresos Brutos: 901-187077-5  
 Inicio de Actividades: 01/08/1995

Sr.(a): **BERNARDI, MARIA TRINIDAD**  
**PROFESOR AGUSTAN ROGELIO VIDAL N: 4006**  
**1650 - SAN MARTIN**  
**PROV.BUENOS AIRES**

**PLAN DE COBERTURA: 320C1 PLAN ACCORD**  
 COSTO BASE DEL PLAN CONTRATADO: \$527.362,44  
 I.V.A.: CONS. FINAL  
 C.U.I.T.: 27340188107  
 Condiciones de Venta: VENCIMIENTO PROGRAMADO

Descripción	Período	Precio Unitario	Importe
PLAN MÉDICO TITULAR	06/2026	\$ 305.870,22	\$ 305.870,22
<b>Créditos: Aportes según recibo de sueldo</b> Recuerde que sus aportes (relación de dependencia / monotributo) deben encontrarse al día para evitar inconvenientes con su afiliación.			\$ -118.032,66
<i>Régimen de Transparencia Fiscal al Consumidor (Ley 27.743)</i>			<b>Total</b>
IVA contenido \$ 0,00			\$ 187.837,56
Otros Impuestos nacionales indirectos \$ 0,00			
Al cierre de la presente liquidación: No registra deuda.		<b>N° Afiliado:</b>	<b>2681607</b>
		<b>Vto.: 12/06/2026</b>	<b>\$ 187.837,56</b>
		<b>Vto.: 19/06/2026</b>	<b>\$ 192.196,33</b>
		<b>Próximo Vto.:</b>	<b>12/07/2026</b>



*Comprobante Autorizado*

*Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación.*

CAE N°: 86228136821891  
 Vto. de CAE: 11/06/2026



Afiliado: **2681607**  
 Período: **06/2026**

Nombre: **BERNARDI, MARIA TRINIDAD**

Cheque N° .....  
 Banco: .....

Para Accord Salud

**FACTURA B N° 00021 - 11432545**

1er Vto.: **12/06/2026** - Saldo a abonar: **\$ 187.837,56**



1580268160701143254500187837561206202603

**FACTURA B N° 00021 - 11432545**

2do Vto.: **19/06/2026** - Saldo a abonar: **\$ 192.196,33**



1580268160701143254500192196331906202606



Afiliado: **2681607**  
 Período: **06/2026**

Nombre: **BERNARDI, MARIA TRINIDAD**

Cheque N° .....  
 Banco: .....

Para el Banco

**FACTURA B N° 00021 - 11432545**

1er Vto.: **12/06/2026** - Saldo a abonar: **\$ 187.837,56**



1580268160701143254500187837561206202603

**FACTURA B N° 00021 - 11432545**

2do Vto.: **19/06/2026** - Saldo a abonar: **\$ 192.196,33**



1580268160701143254500192196331906202606