



OFFICE BANKING

**Detalle de la Operación**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Fecha de preparación:   | <b>10/04/2023</b>  |
| Fecha ejecutada:        | <b>10/04/2023</b>  |
| Emisor:                 | <b>CENTRO MEDICO VIAMONTE SRL</b>                                    |
| Cuenta a debitar:       | <b>Cuenta Corriente \$ 1540-2 234-5</b>                              |
| Beneficiario:           | <b>FIDEICOMISO TIERRAS ARGENCONS</b>                                 |
| CUIT:                   | <b>30715557785 / 23140145769</b>                                     |
| Cuenta a acreditar/CBU: | <b>\$ 164503605</b><br><b>(BANCO DE GALICIA Y BUENOS AIRES S.A.)</b> |
| Grupo de Conceptos:     | <b>Transferencias y Pagos</b>  |
| Concepto:               | <b>Proveedores (inmediata)</b>                                       |
| Referencia:             | <b>Varios</b>  |
| Numero Operacion:       | <b>155628243</b>   |
| Importe:                | <b>3.366.528,90</b>  |

Salvo Error u Omisión (S.E.U.O.)