Certificado Libre Deuda

30 de marzo de 2022

Se deja expresa constancia por medio de la presente que la empresa **GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A.: 30-58674831-5**, Contrato de Afiliación de Riesgos del Trabajo Nº 33783.6, no presenta al período cobertura 02/2022 saldo deudor con esta Aseguradora.

.

Se extiende el presente certificado a los efectos de ser presentado ante quién corresponda.

Quedamos a vuestra disposición, y aprovechamos para agradecerle la confianza dispensada. Lo saludamos atentamente.

LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SA
DR. C.P. MARCELO COLETTI
GERENTE ART – RIESGOS DEL TRABAJO

HOLANDO SEGUROS

Riesgos del Trabajo
Sarmiento 309 Piso 5 - C1041AAG
Ciudad Autonoma de Buenos Aires
Argentina Tel.: (011) 4321 -7600 - (011) 4321-7666
art@laholando.com - www.laholando.com

CONTRATO DE AFILIACION DE RIESGOS DEL TRABAJO
ANEXO I

Contrato de Afiliación Nº: 33783.6 **-** GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A. **- Establecimiento:** 0 **Contrato SRT:**

1.1. Datos de la Aseguradora

Nombre: LA HOLANDO SUDAMERICANA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	**Código de A.R.T:** 0018-3	**CUIT:** 33-50003806-9
Teléfono: (011)4321-7600	**Fax:** (011)4321-7666	**emai:** art@laholando.com
Firmante: Levi Ernesto	**Personería:** Presidente	

Línea gratuita de consulta	**Para denunciar altas y bajas de trabajadores** **Para denuncias de accidentes durante las 24 hs** **Para reclamos de empleadores y trabajadores**	**Sarmiento 309, 5º Piso - Ciudad Autónoma de Buenos Aires** **0-800-9999719 - art@holansud.com.ar**

1.2. Datos del Empleador

Nombre o Razón Social:	**GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A.**		
CUIT:	**30586748315**	**Condición ante la AFIP:** Resp.Inscripto	
Actividad principal:	**Distribuci¢n y venta de motores , maquina**	**Código de actividad según formulario AFIP Nº150 (Res.AFIP Nº485/99):** 6	
Fecha de inicio de actividad:	-	**Otras actividades:** -	
Domicilio constituido:	**AV. JUAN B. ALBERDI 5175**		
Localidad:	**CASEROS**	**Provincia:** BUENOS AIRES	**CPA:** 1678
Correo Electrónico:	**recepcion@gaisa.com.ar**	**Teléfono:** 4759-9994	**Fax:** 4759-9994
Firmante:	**GIRALT JOSE HERNAN**	**DNI:** -	**Personería Invocada:** SOCIO GERENTE

2. Vigencia

Inicio de vigencia: 01/05/2021	**Fin de vigencia:** 30/04/2022

EL CAMPO DE VIGENCIA NO PUEDE QUEDAR EN BLANCO. DEBE SER COMPLETADO EN FORMA OBLIGATORIA.
LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA NO DEBE SER ANTERIOR A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD DE AFILIACIÓN.

3. Alicuota

Suma fija por trabajador: $ 0.00	**Porcentaje variable sobre masa salarial sujeta a cotización:** % 3.787
F.F.E.P.: $40 por dependiente:	**Nivel de cumplimiento:** 2
Cantidad de aportantes: 18	**Masa salarial:** $ 100,000.00
Cuota inicial resultante estimada: $ 3,787.00	

4. Bonificaciones especiales

RÉGIMEN DE ALÍCUOTAS PARA SUPUESTOS ESPECIALES Res. S.R.T. Nº 65/96 y S.S.N. Nº 24.573/96.

Art.1º: "El empleador que contare con más de un establecimiento celebrará un único contrato de afiliación. La alícuota se determinara de acuerdo a los procedimientos estipulados por la normativa que regula el régimen en general, entendiéndose que el nivel de cumplimiento, a los fines del encuadramiento en el régimen de alícuotas, será el que corresponda al establecimiento de menor nivel de cumplimiento; salvo que de común acuerdo el empleador y la aseguradora establezcan como más representativo del estado de riesgo de la empresa en su conjunto, el nivel de cualquiera de los otros establecimientos."

5. Cláusula penal por omisión de denuncia

Se incluirá 30 veces el límite mínimo de la base imponible para el cálculo de los aportes y contribuciones al Sistema Integrado Previsional Argentino, establecidos por el art. 9° de la Ley N° 24.241 y sus modificaciones, fijado periódicamente por la Administración Federal de Ingresos Públicos.

6. Listado de Prestadores

Ingresar a www.holansud.com.ar o comunicarse con artcomercial@holansud.com.ar

7. Lugar y Fecha de suscripción

En Buenos Aires, a los 01 dias del mes de Mayo de 2021.-

La alícuota que se comunica por la presente, incluye la contribución del 0.5% sobre primas de seguro a cargo del tomador, conforme a lo establecido por el Art. 17 Inciso I de la Ley 19.518, vigente a la fecha por la resolución recaída en autos: "Obra Social de la actividad de seguros, reaseguos, capitalicación y ahorro y préstamo para la vivienda c/ EC-PEN -Ministerio de Salud y Acción Social s/ medida Cautelar". Expte. 24.099/05, Juzgado Federal de 1° Instancia de la Seguridad Social N° 6, Secretaría N° 21.

La alícuota explicitada se incrementará en un 50% mientras el empleador no presente el Relevamiento General de Riesgos Laborales Res. SRT 529/09 y hasta tanto regularice tal situación.
Por la presente solicito, a La Holando Sudamericana Compañía de Seguros S.A. , la emisión del Contrato de Afiliación de Riesgos del Trabajo correspondiente al personal de la empresa arriba mencionada, en las condiciones aquí detalladas.
Asimismo, declaro conocer y aceptar las condiciones mínimas para la celebración de dicho contrato que se encuentran descriptas al dorso de esta solicitud.

.....
ERNESTO LEVI
PRESIDENTE

HOLANDO
SEGUROS

Riesgos del Trabajo
Sarmiento 309 Piso 5 - C1041AAG
Ciudad Autonoma de Buenos Aires
Argentina Tel.: (011) 4321 -7600 - (011) 4321-7666
art@laholando.com - www.laholando.com

CONTRATO DE AFILIACION DE RIESGOS DEL TRABAJO

Contrato de Afiliación Nº: 337836 GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A. **Contrato SRT:** **2897651**

A los días del mes de de , "LA HOLANDO ART" constituyendo domicilio en la calle SARMIENTO 309, en adelante denominada "la Aseguradora" o "la ART" en forma indistinta; y por la otra GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A. ,C.U.I.T. N° 30-58674831-5, representado en este acto por GIRALT JOSE HERNAN, Documento Nacional de Identidad N° , constituyendo domicilio en la calle AV. JUAN B. ALBERDI CASEROS., denominado en lo sucesivo "el EMPLEADOR" suscriben el presente CONTRATO DE COBERTURA, quedando sometidos a lo normado por la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557 (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (S.S.N.) y sujetos a las siguientes cláusulas y condiciones:

CLAUSULA PRIMERA:

Las partes se someten, durante la vigencia del presente contrato, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (S.S.N.), además de las obligaciones instrumentadas a través del presente Contrato.

En ningún caso las condiciones particulares del contrato podrán ser alteradas o contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las Condiciones Generales del presente contrato.

CLAUSULA SEGUNDA:

I. VIGENCIA.

El presente contrato tendrá un término mínimo de duración de UN (1) año, contado a partir de las CERO (0) horas de la fecha de inicio de vigencia que se estipula en las condiciones particulares.

II. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. El presente contrato será renovado en forma automática anualmente, excepto en los casos en los cuales el EMPLEADOR se afilie a otra ART o ingrese al régimen de autoseguro.

CLAUSULA TERCERA: COTIZACIÓN.

El EMPLEADOR abonará la cuota que resulte de aplicar la alícuota convenida en las Condiciones Particulares, la cual deberá encontrarse ajustada al régimen aprobado por el órgano competente.

La cuota será declarada e ingresada por mes adelantado en función de la nómina salarial del mes inmediato anterior, con las modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social.

En los casos de inicio de actividad o, cuando por otras razones no exista nómina salarial correspondiente al mes anterior a aquel en que se debiera efectivizar el pago, la cuota se calculará en función de la nómina prevista para el mes de pago y se ingresará al SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (S.U.S.S.), indicando el mes anterior en el formulario de pago.

En caso de resultar necesario modificar la alícuota del presente contrato, la ASEGURADORA deberá notificar los nuevos valores en forma fehaciente, con una antelación no menor a SESENTA (60) días corridos a la incorporación de la nueva alícuota.

En los casos en que el EMPLEADOR tuviera la obligación legal de ajustarse a un sistema de contrataciones por licitaciones públicas, el plazo mencionado se extenderá, a CIENTO OCHENTA (180) días corridos.

Cuando la modificación de la alícuota, represente un aumento superior al CINCUENTA POR CIENTO (50 %) o de TRES (3) puntos porcentuales, lo que sea menor, la ASEGURADORA deberá notificar en forma fehaciente y complementaria de lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, los nuevos valores justificando en forma detallada el motivo del incremento de los mismos, con una antelación no menor a NOVENTA (90) días corridos, a fin de que el EMPLEADOR pueda ejercer el derecho de cambiar de ASEGURADORA, cumpliendo con el procedimiento establecido para tal fin por la normativa vigente.

Los aumentos de alícuotas deberán respetar la anualidad de su vigencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, salvo en los casos en que las modificaciones de las mismas obedezcan a cambios de CIIU. El aumento de alícuota fundado en un cambio de CIIU solo podrá practicarse mediando un preaviso de SESENTA (60) días y cuando el empleador haya cumplido con la condición de permanencia de SEIS (6) meses o UN (1) año según sea la primera afiliación del EMPLEADOR o segunda y posteriores, respectivamente, de acuerdo a lo dispuesto por el punto I. a de la CLÁUSULA SEXTA. Cuando exista acuerdo expreso entre las partes, la ASEGURADORA podrá incrementar la alícuota sin mediar preaviso de SESENTA (60) días y aun cuando no se cumpla la permanencia mínima del empleador en la ASEGURADORA.

Para los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Casas Particulares, el EMPLEADOR abonará la cuota vigente para cada rango de horas trabajadas semanalmente, conforme formulario AFIP 102/RT.

CLÁUSULA CUARTA: MORA

La mora en el pago de las alícuotas operará de pleno derecho y por el mero vencimiento del plazo, devengando a cargo del empleador los intereses correspondientes que generan las deudas impositivas nacionales. El Empleador, para cancelar la deuda que registre, deberá pagar el capital con más los intereses devengados.

CLÁUSULA QUINTA: OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

I. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

En atención a lo establecido por los artículos 8° y 9° de la Ley N° 19.587 y en la Ley de Riesgos del Trabajo en lo relativo al cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo, a los efectos de prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, el EMPLEADOR deberá:

a) Cumplir las exigencias en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo conforme la normativa vigente que corresponda a la actividad desarrollada en el/los establecimiento/s alcanzado/s por el objeto del presente contrato. En caso de incumplimiento, se le aplicará por la autoridad competente el régimen de sanciones que corresponda.

b) Declarar, al momento de la suscripción de la S.P.D., los datos del o de los establecimientos y el estado de cumplimiento de las normas e higiene de seguridad laboral y la identificación de los agentes de riesgos en cada uno de ellos, con la documentación respaldatoria y la nómina de trabajadores expuestos.

c) Elaborar y presentar con carácter de declaración jurada, al momento de la suscripción de la S.P.D., el Programa Anual de Prevención de Riesgos Laborales, a través del cual fijarán las políticas de la empresa en materia de salud y seguridad en el trabajo a los efectos de ajustar su conducta a lo establecido en la normativa vigente y con la finalidad de disminuir todo riesgo que pueda afectar la vida y la salud de los trabajadores como consecuencia de las tareas desarrolladas. Dicho programa deberá ser presentado y actualizado anualmente ante la A.R.T.

d) Comunicar a la A.R.T., con la debida antelación, los cambios de tecnología, incorporaciones de sustancias y compuestos utilizados en los procesos, modificaciones en la organización del trabajo y cualquier otro cambio que se produzca en los trabajos generados por el Empleador que modifiquen los riesgos de accidentes o enfermedades profesionales tenidos en cuenta al inicio de la cobertura.

e) Facilitar el ingreso y la tarea del personal de la autoridad competente y de la A.R.T. pararealizar verificaciones, auditorías, evaluaciones y toda otra tarea relacionada con la Recalificación Profesional de trabajadores siniestrados, previa acreditación del mandato, dentro de los horarios de trabajo y sin previa notificación.

f) Cumplir con las recomendaciones que formule la A.R.T. así como con los programas que al respecto establezca la autoridad de aplicación de la Ley de Riesgos del Trabajo.

g) Acreditar la realización de los exámenes preocupacionales, el eventual visado y/o fiscalizado de las preexistencias al personal que figura en la nómina presentada en el momento de la afiliación, y poner en conocimiento de ello a la A.R.T. dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas de formalizado el contrato. A su vez, deberá informar a los trabajadores del resultado de sus exámenes.

h) Acreditar la capacitación brindada al trabajador previo al inicio de tareas, respecto de los riesgos que conlleva la tarea a desempeñar.

i) Solicitar la Clave de Alta Temprana (C.A.T.) de sus nuevos trabajadores dependientes con anterioridad al inicio de sus tareas, ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.), de acuerdo a lo que establezca el citado Organismo en la normativa aplicable.

En el caso de personal Extra-SUSS, se mantendrá la obligación de declarar el alta ante la A.R.T. con una anterioridad de por lo menos VEINTICUATRO (24) horas al inicio de las tareas, a través del medio que formal o informalmente acuerden.

La omisión de las condiciones antes señaladas, permitirá a la ASEGURADORA ejercer la acción de repetición que corresponda contra el empleador.

.....
ERNESTO LEVI
PRESIDENTE

HOLANDO
SEGUROS

Riesgos del Trabajo
Sarmiento 309 Piso 5 - C1041AAG
Ciudad Autonoma de Buenos Aires
Argentina Tel.: (011) 4321 -7600 - (011) 4321-7666
art@laholando.com - www.laholando.com

Contrato de Afiliación Nº: 337836 GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A. **Contrato SRT:** **2897651**

Asimismo, las bajas de trabajadores deberán ser informadas a la A.R.T. dentro de los TRES (3) días de producido el distracto laboral por cualquier causa.
j) Informar a los trabajadores, inmediatamente de firmado el presente, la ASEGURADORA a la cual se encuentran afiliados y que les brindará cobertura ante la ocurrencia de las contingencias previstas por la Ley de Riesgos del Trabajo.
k) Entregar a los trabajadores las credenciales correspondientes dentro de los CINCO (5) días hábiles de recibidas e informar el procedimiento a seguir para realizar la denuncia en caso de accidente, comunicando los teléfonos de emergencia a través de los cuales podrá acceder el damnificado a las prestaciones asistenciales.
l) Deberá informar y capacitar a los trabajadores en materia de condiciones y medio ambiente del trabajo de acuerdo con las características y riesgos específicos de las tareas que desempeñen y de sus puestos de trabajo.
m) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento.
n) El EMPLEADOR está obligado a denunciar a la ASEGURADORA, inmediatamente de conocido, todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran sus dependientes.
El empleador que no cumpliera con esta obligación, deberá abonar a la aseguradora, en concepto de Cláusula Penal, la suma de PESOS indicada en la SPD.
También podrá efectuar la denuncia el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del accidente de trabajo o enfermedad profesional.
Sólo cuando sea imposible la comunicación a la aseguradora para la atención de una urgencia o que comunicada no haya dado cumplimiento a sus obligaciones o no pueda hacerlo en plazo útil, el empleador deberá disponer por sí la atención del accidentado, dando posterior aviso a la aseguradora. En este supuesto la aseguradora reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie realizados en un plazo de DIEZ (10) días desde que le sea presentada la correspondiente rendición de gastos.
ñ) Contar con servicios de salud y seguridad en el trabajo, con carácter interno o externo.
o) Cuando concurran en un mismo establecimiento DOS (2) o más empleadores, deberá celebrarse acuerdo entre ellos para coordinar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral, siendo responsabilidad del titular del establecimiento procurar dicho acuerdo.
II) OBLIGACIONES A CARGO DE LA ASEGURADORA
A los efectos del cumplimiento de lo establecido por los artículos 4° y 31 de la Ley 24.557 y sus Decretos reglamentarios en lo relativo a sus obligaciones en materia preventiva, la Aseguradora deberá cumplir con lo estipulado en los artículos 10 y 11 de la Resolución S.R.T. N° 463 de fecha 11 de mayo de 2009, y además deberá:
a) Declarar en el Registro de Cumplimiento de Normas de Higiene, Salud y Seguridad en el Trabajo, con carácter de declaración jurada, dentro de los CUARENTA (40) días corridos de recibido el Relevamiento General de Riesgos Laborales, los datos informados por el empleador respecto del estado de cumplimiento de las normas de higiene y seguridad y el plan fijado para su corrección.
b) Denunciar en el Registro aludido precedentemente a los empleadores que no han presentado el Relevamiento General de Riesgos Laborales al momento de la afiliación o de la renovación automática del mismo contrato.
c) Denunciar en el mismo Registro a los empleadores que no han dado cumplimiento al Plan fijado oportunamente.
d) Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica al EMPLEADOR afiliado sobre la normativa vigente en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo, sobre la existencia de riesgos y sus potenciales efectos, sobre los elementos de protección personal, sobre la capacitación que corresponde brindar a los trabajadores y sobre la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos.
e) Realizar los exámenes periódicos al personal expuesto a los agentes de riesgos, conforme la documentación respaldatoria y la nómina de personal expuesto declarados por el empleador. A tales efectos, deberá coordinar con el EMPLEADOR las fechas y horarios en que se realizarán los exámenes aludidos, con el fin de no resentir la actividad económica de éste, quien a su vez deberá poner a disposición de la Aseguradora al personal alcanzado.
f) Elaborar y entregar a los empleadores un informe sobre el resultado de los exámenes médicos practicados, debiendo formular las recomendaciones que sean necesarias.
g) Mantener informado al EMPLEADOR sobre el estado del trabajador siniestrado, cada vez que el mismo lo requiera. Tal información podrá ser brindada a través de medios electrónicos.
h) Denunciar ante la S.R.T. todo incumplimiento a las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo vigentes en que incurriere el empleador, como así también toda conducta renuente a adecuar las condiciones de trabajo, de acuerdo con lo establecido por las normas de prevención y al plan presentado.
i) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento conforme lo informado por el empleador.
j) Cuando concurran DOS (2) o más A.R.T. en un mismo establecimiento, deberán coordinar sus acciones según lo establezca la reglamentación, bajo responsabilidad de la A.R.T. contratada por el titular del establecimiento. Esta obligación se corresponde con la establecida en el inciso o) de las Obligaciones del Empleador.
k) Denunciar a los empleadores que no cumplan con su obligación de comunicar los siniestros laborales, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del apartado 1° del artículo 31 de la Ley N° 24.557.
l) Poner a disposición del EMPLEADOR el Listado de Prestadores vigente que brindará cobertura a nivel nacional.
III. RESPONSABILIDAD DE LA A.R.T. ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
El incumplimiento de las obligaciones aludidas conllevará la aplicación de las sanciones que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución S.R.T. N° 735 de fecha 26 de junio de 2008, la Resolución S.R.T. N° 38 de fecha 09 de mayo de 2018 y en el artículo 32 de la Ley de Riesgos del Trabajo.
CLÁUSULA SEXTA: RESCISIÓN
El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación:
I - POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos:
a) Por cambio de aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses desde la primera afiliación a una ASEGURADORA. En lo sucesivo, este derecho podrá ser ejercido con una periodicidad mínima anual.
b) Por el cese de actividad del empleador, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P.
c) Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P.
II.- POR LA ASEGURADORA, en los siguientes casos:
a) Cuando el EMPLEADOR adeude un monto equivalente a DOS (2) cuotas, tomando la de mayor valor devengado en los últimos DOCE (12) meses, siempre que ésta no incluya las sumas correspondientes al Sueldo Anual Complementario (S.A.C.). En el estado de deuda deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del EMPLEADOR y, en caso de haberse suscripto la CLÁUSULA DECIMA adicional del presente contrato, se deberán computar, a modo de compensación, los montos que la ASEGURADORA adeude al EMPLEADOR en concepto de reintegros por I.L.T. presentados al cobro con la documentación completa.
A los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la ASEGURADORA deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el artículo 44 de la Resolución S.R.T. N° 298/17.
A los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la ASEGURADORA deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el artículo 44 de la Resolución S.R.T. N° 298/17.
En el caso que el EMPLEADOR hubiese efectuado pagos directos a la ASEGURADORA, ésta deberá extender un recibo discriminando período, importe y concepto del pago, e ingresar las sumas percibidas a través del S.U.S.S.
Cuando se ejerza este derecho, la rescisión operará a partir de la CERO (0) hora del día inmediato posterior al de su última notificación.
a. Cuando se verifique que el EMPLEADOR ha presentado ante la A.F.I.P. su cese de actividad. A tal fin, la S.R.T. requerirá a la A.F.I.P. con una frecuencia semestral la información pertinente y la pondrá a disposición de las A.R.T.
b. Cuando el EMPLEADOR deje de presentar el Formulario A.F.I.P. N° 931, para proceder ala rescisión del contrato la ASEGURADORA deberá cumplimentar lo dispuesto en el artículo 20° de la presente resolución que aprueba el servicio "POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO".

.....
ERNESTO LEVI
PRESIDENTE

Riesgos del Trabajo
Sarmiento 309 Piso 5 - C1041AAG
Ciudad Autonoma de Buenos Aires
Argentina Tel.: (011) 4321 -7600 - (011) 4321-7666
art@laholando.com - www.laholando.com

Contrato de Afiliación Nº: 337836 GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A. **Contrato SRT:** **2897651**

CLÁUSULA SÉPTIMA: VENTANILLA ELECTRÓNICA

Las partes se hallan incluidas en el Sistema de Ventanilla Electrónica implementado por las Resoluciones S.R.T. N° 635 de fecha 23 de junio de 2008 y N° 365 de fecha 16 de abril de 2009. Todas las acciones que se realicen a través de dicho Sistema en virtud de disposiciones expresas de la S.R.T., resultan válidas para las partes.

Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, la A.R.T., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L.) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente.

A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gob.ary seguir los pasos allí indicados. El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de la Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P.

Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T. del EMPLEADOR no especifique un responsable de la Notificación Electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la A.F.I.P.

El servicio "POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO", incluido en el del Sistema de Ventanilla Electrónica, es de uso obligatorio para la A.R.T. y el EMPLEADOR.

El envío de la Solicitud de Póliza Digital al EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene para el canal comercial interviniente y la A.R.T. idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita.

La aceptación de la Solicitud de Póliza Digital, realizada por el EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita, y da origen al contrato de cobertura con la A.R.T. a partir de la fecha establecida en la Solicitud de Póliza Digital.

El EMPLEADOR podrá realizar la aceptación de la Solicitud de Póliza Digital hasta las 23:59 horas del día de inicio de vigencia de la cobertura establecido en dicho instrumento, o hasta el día hábil inmediato posterior, si el primero fuese no laborable. Transcurrido dicho plazo, la misma quedará anulada por defecto.

CLÁUSULA OCTAVA: DOMICILIOS

Complementariamente al domicilio electrónico dispuesto en la CLÁUSULA SÉPTIMA, las partes declaran y aceptan que los domicilios postales constituidos en el primer párrafo del presente contrato serán considerados también válidos a los efectos de las notificaciones que las partes deban realizarse con relación a los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato, siendo obligación de las mismas notificar en forma fehaciente cualquier modificación que sufran los domicilios constituidos. En su defecto, se tendrán por válidas las notificaciones efectuadas en el último domicilio declarado.

CLÁUSULA NOVENA: COMPETENCIA

Toda controversia que se plantee con respecto al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme a lo establecido en el artículo 46 de la L.ey de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULAS ADICIONALES

CLÁUSULA DECIMA:PAGO DE PRESTACIONES DINERARIAS POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T.

Las partes acuerdan que mientras se encuentre vigente la relación laboral de los beneficiarios, el EMPLEADOR efectuará por cuenta y orden de la ASEGURADORA el pago de las prestaciones dinerarias de pago mensual, de las asignaciones familiares y efectuará en igual sentido la declaración y pago de aportes y contribuciones a la Seguridad Social.

La ASEGURADORA, por su parte, deberá reembolsar al EMPLEADOR el monto de dichos conceptos dentro de los TREINTA (30) días corridos de la presentación de la documentación que acredite el pago, debiendo dar cumplimiento al procedimiento que se describe en el instructivo siguiente (*). En caso de incumplimiento del plazo indicado, la ASEGURADORA deberá reconocer un interés igual al establecido en la CLÁUSULA CUARTA: Mora, de las Condiciones Generales.

Mensualmente, la ASEGURADORA deberá informar al EMPLEADOR por Ventanilla Electrónica los siniestros conocidos durante el mes calendario anterior, indicando la documentación a presentar para el reintegro de las prestaciones dinerarias por I.L.T.

Para el caso en que las partes hayan adherido a esta cláusula, se tornará obligatoria para la ASEGURADORA la compensación establecida en la CLÁUSULA UNDECIMA.

Se deja constancia que la suscripción de la presente CLÁUSULA OPCIONAL por el EMPLEADOR, en ningún caso y bajo ningún concepto exime a la ASEGURADORA de su responsabilidad frente al trabajador.

El EMPLEADOR y la ASEGURADORA podrán dejar sin efecto al momento de la renovación automática del contrato el acuerdo celebrado, previa notificación fehaciente a la otra parte con una antelación de al menos NOVENTA (90) días, debiendo la ASEGURADORA continuar con los pagos a partir del vencimiento del contrato.

La acumulación de incumplimientos de la ASEGURADORA a las obligaciones emanadas de la presentes CLÁUSULAS ADICIONALES, será considerada falta GRAVE.

(*) INSTRUCTIVO REGLAMENTARIO DE LA CLÁUSULA DÉCIMA.

LIQUIDACIÓN Y REINTEGRO DE PRESTACIONES DINERARIAS EN CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA

1- CONVENIO DE PAGO POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T.

De acuerdo con la cláusula opcional suscripta por las partes en el presente contrato y con lo establecido por el artículo 4° de la Resolución S.R.T. N° 237 de fecha 16 de diciembre de 1996, la ASEGURADORA puede convenir con el EMPLEADOR que, mientras se mantenga vigente la relación laboral, éste efectúe el pago de las prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. y de las asignaciones familiares, por su cuenta y orden.

En estos casos el EMPLEADOR deberá emitir un recibo en original, duplicado y triplicado, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 140 de la Ley N° 20.744, discriminando:

a) la Remuneración; b) la prestación dineraria Ley N° 24.557 "a cargo del EMPLEADOR" (por los DIEZ (10) primeros días); c) la prestación dineraria Ley N° 24.557 "por cuenta y orden de la ASEGURADORA" (a partir del día ONCE (11) inclusive) y d) las asignaciones familiares.

En la declaración jurada mensual se deberá incluir al trabajador, con el código de siniestrado conforme reglamentación de la A.F.I.P.

2- SITUACIONES ESPECIALES

Si por cualquier causa se extingue la relación laboral con el trabajador accidentado mientras se encuentra en situación de I.L.T. o si por cualquier otro motivo el EMPLEADOR no puede liquidar esta prestación dineraria, se deberá comunicar fehacientemente a la ASEGURADORA para que ésta proceda a continuar con los pagos en forma directa.

Durante el período en el cual el trabajador se encuentra en I.L.T., no devenga remuneraciones, en consecuencia, no corresponde liquidar por dicho período "Sueldo Anual Complementario".

3- DOCUMENTACIÓN QUE EL EMPLEADOR DEBE PRESENTAR A LOS EFECTOS DEL REINTEGRO DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA

a) Copia de los recibos de sueldo del trabajador por los pagos realizados por el EMPLEADOR en concepto de I.L.T. o Constancia de transferencia bancaria a la cuenta sueldo del trabajador, en caso que el recibo de sueldo carezca de su firma.

b) Copia del comprobante que acredite el pago de los aportes y contribuciones.

La ASEGURADORA deberá extender un recibo al EMPLEADOR en el cual conste el detalle de la documentación presentada por éste y la fecha de recepción de la misma.

La ASEGURADORA podrá habilitar en su sitio de internet, una herramienta que permita al EMPLEADOR realizar las solicitudes de reintegros de manera electrónica, en la cual se quede registrada la fecha de la solicitud.

4 - REINTEGRO AL EMPLEADOR DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA

La ASEGURADORA corroborará la documentación presentada por el EMPLEADOR en un plazo no mayor a VEINTE (20) días corridos a contar desde su recepción y le requerirá, de corresponder, la documentación faltante mediante notificación fehaciente, indicando que hasta tanto complete la documentación no se dará curso a la solicitud de reintegro. Caso contrario se entenderá que el EMPLEADOR presentó la totalidad de la documentación.

El plazo de TREINTA (30) días será suspendido hasta que el EMPLEADOR complete la documentación.

La ASEGURADORA deberá arbitrar los medios necesarios para corroborar que el pago de las prestaciones dinerarias por cuenta y orden, se efectúe conforme las normas y plazos vigentes.

.....
ERNESTO LEVI
PRESIDENTE

Riesgos del Trabajo
Sarmiento 309 Piso 5 - C1041AAG
Ciudad Autonoma de Buenos Aires
Argentina Tel.: (011) 4321 -7600 - (011) 4321-7666
art@laholando.com - www.laholando.com

Contrato de Afiliación Nº: 337836 GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A. **Contrato SRT:** **2897651**

La ASEGURADORA deberá notificar fehacientemente o a través de su sitio de internet al EMPLEADOR el pago del reintegro, informando el C.U.I.L. del damnificado, nombre y apellido del damnificado, período de I.L.T., fecha de pago y medio de pago.
CLÁUSULA ÚNDECIMA:COMPENSACIÓN DE ALICUOTAS IMPAGAS CON REINTEGROS DEI.L.T.
En el plazo de TREINTA (30) días corridos de recibida la documentación por parte del empleador, la Aseguradora deberá proceder a la compensación de alícuotas impagas con reintegros de prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. abonadas por el EMPLEADOR al trabajador por cuenta y orden de la ASEGURADORA, mediante el reembolso de dichos montos. A tal fin, el EMPLEADOR deberá acreditar, por medio de la documentación detallada en la cláusula precedente, el pago de las prestaciones abonadas al damnificado y las contribuciones efectuadas.
A tal efecto, la ASEGURADORA deberá extender al EMPLEADOR un recibo en el cual figure: el C.U.I.L. del damnificado; Nombre y Apellido del damnificado; Período de I.L.T.; Importe de I.L.T.; Importe de contribuciones; Total de reintegros a compensar; y Detalle de períodos e importes impagos a compensar. Dicho recibo deberá estar suscripto por la ASEGURADORA y el EMPLEADOR consignando la fecha del mismo.
Por otra parte, la ASEGURADORA deberá ingresar al S.U.S.S. los importes de las alícuotas compensadas, imputando cada importe compensado al período que corresponda en el plazo previsto en el primer párrafo de la presente Cláusula.
CLÁUSULA DUODÉCIMA: MONTOS A COMPENSAR. DIFERENCIAS.
a) La ASEGURADORA no compensará al EMPLEADOR, los montos que este último hubiere pagado en concepto de I.L.T., que excedan el importe que surge de aplicar la normativa vigente.
b) La ASEGURADORA deberá liquidar y pagar de manera directa a los trabajadores, los montos que el EMPLEADOR hubiere omitido pagarles, e ingresar los aportes y contribuciones respectivos.

Anexo Ventanilla Electrónica

I - El empleador asegurado queda incluido a partir de los TREINTA (30) DIAS corridos posteriores al vencimiento del plazo que corresponda a la categoría en que clasifiquen, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución que incluya a los empleadores en el "Sistema de Ventanilla Electrónica" dispuesto por la Resolución S.R.T. Nº 635/08.
II - Las notificaciones que, con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.), los Empleadores, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L.) y la S.R.T. podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente.
III - El ingreso a la Ventanilla Electrónica por parte de los Empleadores se efectuará a través del sitio oficial de la S.R.T. (http://www.srt.gov.ar), según los plazos establecidos en la presente norma. El método de validación para el ingreso será el de Clave Fiscal instituida por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (A.F.I.P.), en los términos de la Resolución General Nº 2239, de fecha 9 de abril de 2007, con los alcances en cuanto a garantía de autenticidad de datos y valor probatorio que establece la norma citada, no resultando de aplicación lo normado en los Artículos 7, 8, 12, 13, 14, 15, 20 y 24 de la Resolución S.R.T. Nº635/08.
IV - El domicilio electrónico creado en el marco del Sistema de Ventanilla Electrónica subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de la Actividad del Empleador, debidamente registrada ante la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (A.F.I.P.).
V - Mientras el Administrador de Relaciones para la CLAVE UNICA DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA (C.U.I.T.) del Empleador no especifique un responsable de la Notificación Electrónica, se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la A.F.I.P.

.....
ERNESTO LEVI
PRESIDENTE

HOLANDO
SEGUROS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

Asegurado	DNI/CUIT/CUIL
GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A.	**30586748315**

Domicilio	Localidad
CORDOBA 1351 1	**CP 1055 - CAPITAL FEDERAL**

Sección	Póliza	Endoso	Fecha de emisión	Vigencia de la Póliza	
				Desde las 0hs. del	Hasta las 24hs. del
Vida Obligatorio	**15836.1**	**59.0**	**20/09/2021**	**01/10/2021**	**30/09/2022**

Condiciones particulares

Prima mensual por cada $1.000 de suma asegurada: 0.2050
Capital asegurado individual: $118,800.00
Cantidad de asegurados: 12

Derecho de Emisión

$ 12.00

Aclaración: el pago del derecho de emisión es anual. El tomador-empleador declarará y abonará dicho importe una vez por año a través de los sistemas de AFIP para pago de cargas sociales, conjuntamente con la prima del seguro correspondiente al mes de vigencia inicial.

Interes asegurado: El asegurado toma este seguro en calidad de: **Tomador**

Forman parte del presente contrato las clausulas anexas Nº

L - 155 - 402 Reglamento del Seguro de Vida Obligatorio para trabajadores en relación de dependencia - Decreto Nro. 1567/74,

aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación por resolución Nro. 35333

CUIC	Ag. Nº
F204820B660CC1CA49CC0B25158361/590	**0**

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.laholando.com
En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn

Para consultas o reclamos, comunicarse con Holando Seguros al 0800-666-7348 o 4321-7600

La presente póliza se suscribe con firma facsimil conforme circular 4462 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ADVERTENCIA:

SI EL TEXTO DE ESTA POLIZA DIFIRIERA DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA LA DIFERENCIA SE CONSIDERARA APROBADA POR EL, ASEGURADO SI NO RECLAMA DENTRO DE UN MES DE RECIBIDA LA POLIZA (ART. 12 DE LA LEY DE SEGUROS). LOS VOCABLOS "ASEGURADO" Y "TOMADOR" O "CONTRATANTE" SE USAN INDISTINTAMENTE EN ESTA POLIZA, POR LO QUE DEBE DARSELE EL SIGNIFICADO QUE CORRESPONDA SEGUN LAS CIRCUNSTANCIAS DEL CASO.

Importante: la cobranza del premio correspondiente a esta póliza se regirá por lo establecido en el reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74 vigente a la fecha de emisión.

ERNESTO ALBERTO LEVI
PRESIDENTE
p.p LA HOLANDO SUDAMERICANA
La Holando Sudamericana Compañia De Seguros Sociedad Anónima

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com

0666/0045348 3980049659

HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

Sección	Poliza	Certificado
Vida Obligatorio	**15836.1**	**9143668**
Vigencia de póliza	Moneda	
01/10/2021 al 30/09/2022	**Pesos**	

Certificamos que el/la Sr./Sra. **GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A. Nro.Cuit: 30-58674831-5** ha contratado en nuestra Compañía un Seguro de Vida Colectivo Obligatorio / Decreto Nro. 1567/74, amparando al personal en relación de dependencia declarado ante el Sistema Unico de la Seguridad Social. Dicha cobertura es otorgada en los términos de la Resolución 35333 de la SSN cuyo texto el empleador declara conocer.

Personal Cubierto

23-37171009-4	**AGUILERA MACARENA SOFIA**	**20-21142487-8**	**DI GREGORIO GUSTAVO DANIEL**
20-22029482-0	**DIAZ ANIBAL FERNANDO**	**20-29193294-1**	**GEIST HERNAN ANDRES**
20-31732566-6	**GIOVANELLA GERARDO DARIO**	**20-23672528-7**	**GIRALT HERNAN JOSE**
27-22548173-9	**GIRALT ILIANA VALERIA**	**27-10548325-8**	**GONCALVES BORREGA ANGELA DELIA NOEMI**
23-21441671-9	**LASCANO JOSE IGNACIO**	**27-21365146-9**	**LOPEZ SUSANA BEATRIZ**
20-16045682-6	**PARRA JUAN JOSE**	**20-14884866-2**	**RAPOSO JORGE ALBERTO**

HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

Son beneficiarios de este seguro los designados por el personal asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241 (Art. 8º Resolución 35333 de la SSN).
Este certificado tendrá validez en tanto y en cuanto el personal detallado en el apartado "Personal cubierto" haya sido declarado por el Empleador ante la AFIP mediante el mecanismo de Alta temprana, en la nómina mensual del Sistema Único de la Seguridad Social.
Asimismo, dejamos constancia que la cobertura del contrato estará sujeta a lo expresado en el Anexo de la Resolución SSN 40.629 / 2017 en su art. 13 - Suspensión de la cobertura por falta de pago del premio - Rescisión.

Libre deuda: Los pagos correspondientes a la prima del presente seguro han sido abonados por el empleador hasta el período 12/2021. Ultimo pago registrado: 07/01/2022. Para ser presentado ante quien corresponda.
Vencimiento del presente Certificado: 23/02/2022

Se extiende el presente certificado 24 días del mes de Enero del 2022, para ser presentado ante , quedando su validez y vigencia sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza de la referencia y del Decreto 1567/74.-

p.p.LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA

Ernesto A. Levi - PRESIDENTE

Datos de la Transferencia

Nro de Transf:	1.557.882.158		
Número Red:	5333660		
Nro. Pago:		**Nro. de Lote:**	985
Fecha de Solicitud:	07/02/2022	**Fecha Creación:**	07/02/2022
Tipo de Transferencia:	AFIP		
Cuenta Débito:	**HSBC - CC - $ - 6023209594** 30586748315 - 15006020000602320959 46 GRUPO AMERICANO DE INTERCAMBIO S.A.		
Cuenta Crédito:	Cuenta **AFIP** en Banco **HSBC**		
Importe:	381.360,30	**Estado:**	Ejecutada
Observación de la Transferencia:			
Observación del Lote:			
Consolidado en Extracto:	No	**Envío unificado:**	No
Importación Directa:	No	**Credito Abierto:**	No
VEP:	Ver		

Estados por los que pasó la transferencia

FECHA	HORA	OPERADOR	QUEDO EN EL ESTADO	MOTIVO
07/02/2022	10:45:12		Ejecutada	
07/02/2022	10:43:59		Enviada banco debito	
07/02/2022	10:43:59		Pendiente Tratamiento Banco Debito	
07/02/2022	10:43:59	GIRALT, HERNAN JOSE	Transmitiendose	
07/02/2022	10:43:32	GIRALT, HERNAN JOSE	Autorizada	
07/02/2022	10:42:53	GIRALT, HERNAN JOSE	Confeccionada	

ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS

VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 30 día/s

Nro. VEP:	930181435
Organismo Recaudador:	AFIP
Tipo de Pago:	Empleadores SICOSS - Saldo DJ
Descripción Reducida:	SIJPDJ02/22
CUIT:	**30-58674831-5**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2022-02
Generado desde la presentación de DJ nro:	839368842
Generado por el Usuario:	27225481739
Fecha Generación:	2022-03-07 Hora: 11:01:23
Día de Expiración:	2022-04-06

EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$205.482,83
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$37.677,29
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$77.592,28
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$292,20
Importe total a pagar	**$321.044,60**

Para efectuar el pago ingrese a:
https://sib1.interbanking.com.ar/secureLogin.do?from=home