CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 5516519

Buenos Aires, **11 / 02 / 2022**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **MOVIL GROUP S.R.L.**

C.U.I.T. N° **30-71077003-0** | N° de Contrato **283310** | N° de Póliza Digital **5180227**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **HIPOLITO IRIGOYEN** | N° **1421** | Piso | Oficina

Localidad **CORRIENTES** | Provincia **CORRIENTES** | Código Postal **3400**

Teléfono **15787110** | Fecha de afiliación **25 / 11 / 2021** | Vigencia **01 / 12 / 2021** al **30 / 11 / 2022**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

461099 Venta Al Por Mayor En Comisión O Consignación De Mercaderías N.C.P.

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA
27-94632049-3	ABELLO VARGAS ROSA MARGARITA	
20-16510650-5	ACEVEDO LUIS OSCAR	OTROS OFICINISTAS
27-30517863-8	ACOSTA CLAUDIA PATRICIA	
20-35004945-3	AGUIRRE ANIBAL EMMANUEL	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
23-40508424-4	AGUIRRE ANTONELA MACARENA	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
27-23210175-5	ALBORNOZ MARIA REINA	
20-35129251-3	ALCARAZ JUAN MANUEL	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
20-27270446-6	ALONSO MATIAS AGUSTIN	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
27-36207137-8	ALVARENGA MARIA DE LOS ANGELES	
20-31689186-2	ALVARENGA VICTOR HUGO	
20-29464678-8	ALVAREZ JUAN MARTIN	
20-23077651-3	ALVITOS JOSE MANUEL	
20-34446388-4	AQUINO CARLOS ALBERTO	
23-42736307-4	ARCE GARCIA ORIANA AILEN	VENDEDORES A DOMICILIO Y POR TELÉFONO
20-36205945-4	ARTAZA FERNANDO DAVID	
20-41949944-8	BANDERA MATAS NICOL¤S	VENDEDORES A DOMICILIO Y POR TELÉFONO

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 5516519

Buenos Aires, **11 / 02 / 2022**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **MOVIL GROUP S.R.L.**

C.U.I.T. N° **30-71077003-0** | N° de Contrato **283310** | N° de Póliza Digital **5180227**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **HIPOLITO IRIGOYEN** | N° **1421** | Piso | Oficina

Localidad **CORRIENTES** | Provincia **CORRIENTES** | Código Postal **3400**

Teléfono **15787110** | Fecha de afiliación **25 / 11 / 2021** | Vigencia **01 / 12 / 2021** al **30 / 11 / 2022**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

461099 Venta Al Por Mayor En Comisión O Consignación De Mercaderías N.C.P.

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA
20-29441711-8	BAZAN JOSE MIGUEL	
27-32836820-5	BENITEZ RUTH EVELYN	
20-34207451-1	BLANCO MARISA EMILIA FABIANA	
27-41416099-4	BOGARIN CECILIA AYELEN	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
20-34849647-7	BORDON EDGAR MATIAS	
23-39605183-4	BRITEZ MARIA ALEJANDRA	
20-31194588-3	BUCCIANTI MAXIMILIANO JOSE	
23-39719253-9	CABRERA MIGUEL ANGEL	
23-32100271-4	CANTEROS VERONICA ANDREA	
23-37288996-9	CASTAÑEDA PATRICIO IVAN	
27-22320931-4	COCHERET LILIANA DEL CARMEN	
27-34361166-3	COMPARIN JOHANA KARINA	
23-24496360-9	CORSI MAXIMILIANO	
20-42425197-7	CUEVAS FLEYTAS MATEO JARED	
20-36714358-5	DEFILIPI DIEGO NORBERTO	
20-35481423-5	DO NACIMENTO ALBERTO EMANUEL	

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 5516519

Buenos Aires, **11 / 02 / 2022**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **MOVIL GROUP S.R.L.**

C.U.I.T. N° **30-71077003-0** | N° de Contrato **283310** | N° de Póliza Digital **5180227**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **HIPOLITO IRIGOYEN** | N° **1421** | Piso | Oficina

Localidad **CORRIENTES** | Provincia **CORRIENTES** | Código Postal **3400**

Teléfono **15787110** | Fecha de afiliación **25 / 11 / 2021** | Vigencia **01 / 12 / 2021** al **30 / 11 / 2022**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

461099 Venta Al Por Mayor En Comisión O Consignación De Mercaderías N.C.P.

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA
20-41335909-1	DOS SANTOS GODOY OSVALDO ALEJANDRO	
27-37799502-9	ESCOBAR MARIANELA AYELEN	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
20-18133329-5	FERNANDEZ EMILIO ERNESTO	
27-38394248-4	FERNANDEZ MARIBEL MELINA	
20-29928220-2	FERREYRA FERNANDO SEBASTIAN	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
27-33243071-3	FIGUEROA HILDA AVELINA	
20-31367102-0	FLORES SERGIO ARIEL	
20-26221033-3	FRANCIA RAMON NORBERTO	
23-39193072-4	GAUNA DANA ESTEFANI	
20-30997064-1	GIMENEZ PODESTA ENZO NORBERTO	
27-36615576-2	GODOY YAMINA BELEN	
20-32411551-0	GOMEZ PABLO JAVIER	
27-30423718-5	GOMEZ ROMINA ALEJANDRA	
23-36411424-9	GONZALEZ GUSTAVO ARIEL	
27-26432176-5	GONZALEZ NATALIA CAROLINA	
27-26261718-7	GONZALEZ PATRICIA DEL CARMEN	

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 5516519

Buenos Aires, **11 / 02 / 2022**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **MOVIL GROUP S.R.L.**

C.U.I.T. N° **30-71077003-0** | N° de Contrato **283310** | N° de Póliza Digital **5180227**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **HIPOLITO IRIGOYEN** | N° **1421** | Piso | Oficina

Localidad **CORRIENTES** | Provincia **CORRIENTES** | Código Postal **3400**

Teléfono **15787110** | Fecha de afiliación **25 / 11 / 2021** | Vigencia **01 / 12 / 2021** al **30 / 11 / 2022**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

461099 Venta Al Por Mayor En Comisión O Consignación De Mercaderías N.C.P.

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA
27-26680009-1	GUERRERO LECONTE MARIA BELEN	
20-39194070-4	GUTIERREZ FACUNDO EMMANUEL	
27-37220102-4	KRUSZELNICKI MARIA BELEN	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
23-36193707-4	LAFUENTE LUCIANA BEATRIZ	
20-29121517-4	LEIVA ANGEL ESTEBAN	
20-33142526-6	LOPEZ PABLO IGNACIO	
27-23742610-5	LUGO CRISTINA ALEJANDRA	
27-27377724-0	MANCUELLO MARIA DANIELA	OTROS OFICINISTAS
20-30423693-1	MARTINEZ ALEJANDRO SEBASTIAN	
20-29671907-3	MARTINEZ CRISTIAN HUGO	
20-40284258-0	MARTINEZ JUAN GABRIEL	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
27-29906488-9	MEDINA CARRILLO MARIA LORENA	
20-25985384-3	MERELES CESAR AUGUSTO	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
20-39861342-3	MIEREZ LUCAS IVAN	VENDEDORES Y DEMOSTRADORES DE TIENDAS Y ALMACENES
20-36060629-6	MIETTER CESAR ALEJANDRO	
27-28352243-7	MILOVICH URSULA NATALIA	

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 5516519

Buenos Aires, **11 / 02 / 2022**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **MOVIL GROUP S.R.L.**

C.U.I.T. N° **30-71077003-0** | N° de Contrato **283310** | N° de Póliza Digital **5180227**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **HIPOLITO IRIGOYEN** | N° **1421** | Piso | Oficina

Localidad **CORRIENTES** | Provincia **CORRIENTES** | Código Postal **3400**

Teléfono **15787110** | Fecha de afiliación **25 / 11 / 2021** | Vigencia **01 / 12 / 2021** al **30 / 11 / 2022**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

461099 Venta Al Por Mayor En Comisión O Consignación De Mercaderías N.C.P.

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA
27-43108127-5	NIZ JORGE MIGUEL	
20-42085204-6	NUÑEZ CRISTIAN ROMAN	
27-37883650-1	ORREGO GISEL MICAELA	
20-23742291-1	PALMEYRO JULIO ENRIQUE	
27-33291500-8	PEREIRA EMILCE GISELA	
20-28090152-1	QUINTANA FRANCISCO FERNANDO	
20-36956453-7	QUINTANA RODRIGO DANIEL	
20-34140266-3	QUIRICO JOSE MARIA	
20-37394438-7	RAIMUNDO MANCHIAMELO ANDREA VERONICA	
27-24045454-3	RAMIREZ GLADIS MARIANA	
20-34148801-0	RAMIREZ NESTOR MANUEL	
27-33243062-4	RETAMOZO CORINA GABRIELA	
20-33483774-3	REVILLA JOAQUIN DAGOBERTO	
20-42310357-5	RIOS RENE FABIAN	
20-36409979-8	RODRIGUEZ FRANCISCO ANTONIO	VENDEDORES A DOMICILIO Y POR TELÉFONO
20-37888506-0	SANCHEZ JORGE DANIEL	

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 5516519

Buenos Aires, **11 / 02 / 2022**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **MOVIL GROUP S.R.L.**

C.U.I.T. N° **30-71077003-0** | N° de Contrato **283310** | N° de Póliza Digital **5180227**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **HIPOLITO IRIGOYEN** | N° **1421** | Piso | Oficina

Localidad **CORRIENTES** | Provincia **CORRIENTES** | Código Postal **3400**

Teléfono **15787110** | Fecha de afiliación **25 / 11 / 2021** | Vigencia **01 / 12 / 2021** al **30 / 11 / 2022**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

461099 Venta Al Por Mayor En Comisión O Consignación De Mercaderías N.C.P.

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA
27-29980843-8	SANCHEZ KARINA GRACIELA	
27-36675799-1	SANCHEZ MARIA ELISA	
27-31254787-8	SANTIN NATALIA DEBORA	
20-41950000-4	SEQUEIRA SUNDBERG AXEL GASTON	
20-42310295-1	SILVA IVAN MAXIMILIANO	
20-38237316-3	SILVA MAXIMILIANO ANDRES	
23-23741174-9	SILVA RAFAEL HORACIO	
27-34425357-4	SOTO MARIANELA LOURDES DE LOS ANGELES	
27-35912198-4	SPRENK STELLA SOLEDAD	
27-37429342-2	TISOCCO SHIRLEY MACARENA	OTROS OFICINISTAS
20-34971372-2	TORALES LEONARDO RAFAEL	
20-31666688-5	TORRES MATIAS ARNALDO	
27-30618047-4	VIGANO VERONICA ISABEL	
23-26680131-9	ZARATE LISANDRO LUCIANO	

Para corroborar los datos y consultar sobre la emisión de este certificado de cobertura, Provincia ART dispone de la casilla certificados@provart.com.ar.

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 5516504

Buenos Aires, **11 / 02 / 2022**
Página 1

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **MOVIL GROUP S.R.L.**

C.U.I.T. N° **30-71077003-0** | N° de Contrato **283310** | N° de Póliza Digital **5180227**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **HIPOLITO IRIGOYEN** | N° **1421** | Piso | Oficina

Localidad **CORRIENTES** | Provincia **CORRIENTES** | Código Postal **3400**

Teléfono **15787110** | Fecha de afiliación **25 / 11 / 2021** | Vigencia **01 / 12 / 2021** al **30 / 11 / 2022**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

461099 Venta Al Por Mayor En Comisión O Consignación De Mercaderías N.C.P.

Se deja constancia por la presente que la empresa de referencia se encuentra asegurada en Provincia Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. de acuerdo con lo normado por la Ley 24.557 de Riesgos de Trabajo y sus disposiciones reglamentarias.

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

El presente certificado tiene validez de 30 días corridos a partir de la fecha de emisión. En ningún caso Provincia ART S.A. será responsable de las consecuencias del uso del certificado una vez vencido el plazo de validez.

INFORMACIÓN PARA EL CLIENTE
Por favor, recordá revisar periódicamente las comunicaciones que te enviamos a través del sistema de Ventanilla Electrónica de la SRT.Tanto la suscripción a este servicio como el acceso se efectúa con la clave fiscal de AFIP. En www.srt.gov.ar podrás encontrar los instructivos que indican cómo adherirse a ese sistema y cómo utilizarlo.

Para corroborar los datos y consultar sobre la emisión de este certificado de cobertura, Provincia ART dispone de la casilla certificados@provart.com.ar.

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

Provincia ART

N° Póliza Digital: 5180227

Vigencia Desde - Hasta: 01/12/2021-30/11/2022

Tipo de Solicitud: Traspaso

DATOS DE LA ASEGURADORA

CUIT:	30688254090	**Denominación:**	Provincia Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
Domicilio constituido:	PELLEGRINI CARLOS 0091 Piso:05 - C.A.B.A. - CAPITAL FEDERAL - CP:1009		
Teléfono:	(011)(48192800)	**FAX:**	(011)(48192888)
Email:	info@provart.com.ar	**Página web:**	www.provinciart.com.ar
Reclamos y Consultas:	**08003331278**	**Denuncias y Accidentes:**	**08003331333**

CANAL COMERCIAL

CUIT/CUIL:	30590354798	**Apellido y Nombre/Denominación:**	ASOCIACION MUTUAL SANCOR SALUD
Matrícula:	4		

DATOS DEL EMPLEADOR

Declarados ante la AFIP

CUIT:	30710770030	**Denominación:**	MOVIL GROUP S.R.L.
Domicilio:	H.IRIGOYEN 001421 CORRIENTES CORRIENTES 3400		
Actividad principal:	829900 - Form.883: Servicios empresariales n.c.p.		
Actividad secundaria:	461099 - Form.883: Venta al por mayor en comisión o consignación de mercaderías n.c.p.		
Otra actividad:	465210 - Form.883: Venta al por mayor de equipos de telefonía y comunicaciones	**Forma Jurídica:**	Sociedad de Responsabilidad Limitada

Datos de Contacto

Domicilio:	Hipolito Irigoyen 1421 - CP:3400		
Provincia:	CORRIENTES	**Localidad:**	CORRIENTES
Teléfono:	(03794)787110	**Móvil:**	(03794)15787110
Email:	contablemg@outlook.com		

CONDICIONES COMERCIALES

Alícuotas

CIIU:	461099 - Venta al por mayor en comisión o consignación de mercaderías n.c.p.				
Nivel Cumplimiento:	2	**Masa Salarial:**	$2342317.00	**Cantidad Trabajadores:**	89
FFE:	$49.98	**Suma Fija:**	$0.00	**Cuota Variable:**	1.424%
Cuota Inicial:	$37802.81				
Pago ILT:	El Empleador paga ILT por cuenta y orden de la ART				
Bonificación:	0				
Cláusula Penal:	87307				

Datos Adicionales

El empleador no es efector de salud.
El empleador tiene más de un establecimiento.

DATOS DE SUSCRIPCIÓN

Fecha Suscripción del Empleador: 25/11/2021

Firmante del Empleador/Carácter

PALMEYRO JULIO ENRIQUE
CUIT/CUIL: 20237422911

Fecha Suscripción de ART: 25/11/2021

Firmante de la ART



FIRENZE ALDEGHI FLORENCIA MARIA CECI
CUIL: 27244585057

SRT Superintendencia de Riesgos del Trabajo

PÓLIZA DIGITAL AUTORIZADA

La información impresa tiene el correspondiente respaldo en las bases de datos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULAS APLICABLES A LAS PÓLIZAS DE EMPLEADORES DEL RÉGIMEN GENERAL

A los 25 días del mes de Noviembre de 2021, Provincia Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., constituyendo domicilio en la calle: PELLEGRINI CARLOS 0091 05 ºP (1009) CAPITAL FEDERAL - C.A.B.A., en adelante denominada "la **Aseguradora**" o "la **ART**" en forma indistinta; y por la otra MOVIL GROUP S.R.L. , C.U.I.T. Nº 30710770030, representado en este acto por PALMEYRO JULIO ENRIQUE, DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD N° 23742291, constituyendo domicilio en la calle: Hipolito Irigoyen N° 1421, CORRIENTES - CTES., denominado en lo sucesivo "el **EMPLEADOR**" suscriben el presente ***CONTRATO DE COBERTURA***, quedando sometidos a lo normado por la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 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 NACION (S.S.N.) y sujetos a las siguientes cláusulas y condiciones.

CLÁUSULA 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.

CLÁUSULA 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.

CLÁUSULA 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 aún 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.

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.

2) 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.

II. 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.

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".

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 ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (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.

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 DE I.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.

FIRMA DEL EMPLEADOR

PALMEYRO JULIO ENRIQUE
CUIT/CUIL: 20237422911

FIRMA DE REPRESENTANTE DE ART



FIRENZE ALDEGHI FLORENCIA MARIA CECI
CUIL: 27244585057