RAPIPAGO

AFIP - AUTONOMO
POR CUENTA Y ORDEN DEL CITIBANK
SUCURSAL: 0001

COMPROBANTE DE PAGO

FECHA: 28/10/2022 HORA: 09:07:06
TERM.: 015497 USUARIO: 0
OPERACION:0154971666958911276 F1101

CONTROL: 5B643AA392

CUIT: 20-17778700-1
CATEGORIA/CRA: 301
PERIODO FISCAL: 06/2022

CONCEPTO: 19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL

308 APORTES SEG.SOCIAL AUTONOM $2,676.86
358 CONTRIB.SEG.SOCIAL AUTONOM $5,110.37
MONTO PAGADO $7,787.23

EFECTIVO PESOS $7,767.23

Ticket valido sin intervencion

ORIGINAL

PAGA TUS FACTURAS CON TARJETA DE DEBITO.
RETIRA EFECTIVO CON TU TARJETA DE DEBITO.
WWW.RAPIPAGO.COM.AR

----------*****----------

RAPIPAGO

AFIP - AUTONOMO
POR CUENTA Y ORDEN DEL CITIBANK
SUCURSAL: 0001

COMPROBANTE DE PAGO

FECHA: 28/10/2022 HORA: 09:07:17
TERM.: 015497 USUARIO: 0
OPERACION:01549716669589112 80 F1101

CONTROL: 237E10EB01

CUIT: 20-17778700-1
CATEGORIA/CRA: 301
PERIODO FISCAL: 07/2022

CONCEPTO: 19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL

308 APORTES SEG.SOCIAL AUTONOM $2,676.86
358 CONTRIB.SEG.SOCIAL AUTONOM $5,110.37
MONTO PAGADO $7,787.23

EFECTIVO PESOS $7,787.23

Ticket valido sin intervencion

ORIGINAL

PAGA TUS FACTURAS CON TARJETA DE DEBITO.
RETIRA EFECTIVO CON TU TARJETA DE DEBITO.
WWW.RAPIPAGO.COM.AR

----------*****----------

RAPIPAGO

AFIP - AUTONOMO
POR CUENTA Y ORDEN DEL CITIBANK
SUCURSAL: 0001

COMPROBANTE DE PAGO

FECHA: 28/10/2022 HORA: 09:07:31
TERM.: 015497 USUARIO: 0
OPERACION:01549716669589112B3 F1101

CONTROL: 92974BA02A

CUIT: 20-17778700-1
CATEGORIA/CRA: 301
PERIODO FISCAL: 08/2022

CONCEPTO: 19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL

308 APORTES SEG.SOCIAL AUTONOM	$2,676.86
358 CONTRIB.SEG.SOCIAL AUTONOM	$5,110.37
MONTO PAGADO	$7,787.23

EFECTIVO PESOS $7,787.23

Ticket valido sin intervencion

ORIGINAL

PAGA TUS FACTURAS CON TARJETA DE DEBITO.
RETIRA EFECTIVO CON TU TARJETA DE DEBITO.
WWW.RAPIPAGO.COM.AR

----------*****----------

RAPIPAGO

AFIP - AUTONOMO
POR CUENTA Y ORDEN DEL CITIBANK
SUCURSAL: 0001

COMPROBANTE DE PAGO

FECHA: 28/10/2022 HORA: 09:07:42
TERM.: 015497 USUARIO: 0
OPERACION:01549716669589112B6 F1101

CONTROL: 4B8882A9C7

CUIT: 20-17778700-1
CATEGORIA/CRA: 301
PERIODO FISCAL: 09/2022

CONCEPTO: 19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL

308 APORTES SEG.SOCIAL AUTONOM $2,676.86
358 CONTRIB.SEG.SOCIAL AUTONOM $5,110.37
MONTO PAGADO $7,787.23

MONTO PAGADO $7,787.23

EFECTIVO PESOS $7,787.23

Ticket valido sin intervencion

ORIGINAL

PAGA TUS FACTURAS CON TARJETA DE DEBITO.
RETIRA EFECTIVO CON TU TARJETA DE DEBITO.
WWW.RAPIPAGO.COM.AR

----------*****----------

--- BAPRO - MEDIOS DE PAGO S.A. ---
AFIP - AUTONOMO
Comprobante de pago
Nro.Agencia: 8026 - Nro.Terminal: 4922

SerieNro Fecha Pago Hora Transaccion
80264922 23/01/2023 11:31 001162500
Usuario: 80264922

Formulario: 1101
CUIT: 20-17778700-1
Periodo: 10/2022
CATEGORIA/CRA 301 -
Concepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A
SubConcepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A

---

308 - APORTES SEG.SOCIAL AUT
358 - CONTRIB SEG.SOCIAL AUT

IMPORTE A PAGAR $9.003,60

Medio de pago utilizado: Efectivo
Cod. Autorizacion 5BADFEC5
Control: 8C3886 350 1089 S3
22017778700100000000101102022110100003080
0000000000000000000000
-TICKET VALIDO COMO COMPROBANTE DE PAGO-

--- BAPRO - MEDIOS DE PAGO S.A. ---
AFIP - AUTONOMO
Comprobante de pago.
Nro.Agencia: 8026 - Nro.Terminal: 4922

SerieNro Fecha Pago Hora Transaccion
80264922 23/01/2023 11:31 001162502
Usuario: 80264922

Formulario: 1101
CUIT: 20-17778700-1
Periodo: 12/2022
CATEGORIA/CRA: 301
Concepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A
SubConcepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A

---

308 - APORTES SEG SOCIAL AUT
358 - CONTRIB.SEG.SOCIAL AUT

IMPORTE A PAGAR: $9.003,60

Medio de pago utilizado: Efectivo
Cod. Autorizacion: 0A7A018D
Control: DBEF86 350.1089 S3
22017778700100000000101122022110100003080000000000000000000000
-TICKET VALIDO COMO COMPROBANTE DE PAGO-

--- BAPRO - MEDIOS DE PAGO S.A. ---
AFIP - AUTONOMO
Comprobante de pago.
Nro.Agencia: 8026 - Nro.Terminal: 4922

SerieNro Fecha Pago Hora Transaccion
80264922 23/01/2023 11:31 001162502
Usuario: 80264922

Formulario: 1101
CUIT: 20-17778700-1
Periodo: 12/2022
CATEGORIA/CRA: 301
Concepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A
SubConcepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A

---

308 - APORTES SEG SOCIAL AUT
358 - CONTRIB.SEG.SOCIAL AUT

IMPORTE A PAGAR: $9.003,60

Medio de pago utilizado: Efectivo
Cod. Autorizacion: 0A7A018D
Control: DBEF86 350.1089 S3
22017778700100000000101122022110100003080000000000000000000000
-TICKET VALIDO COMO COMPROBANTE DE PAGO-

--- BAPRO - MEDIOS DE PAGO S.A. ---
AFIP - AUTONOMO
Comprobante de pago.
Nro.Agencia: 8026 - Nro.Terminal: 4922

SerieNro Fecha Pago Hora Transaccion
80264922 23/01/2023 11:31 001162501
Usuario: 80264922

Formulario: 1101
CUIT: 20-17778700-1
Periodo: 11/2022
CATEGORIA/CRA: 301 -
Concepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A
SubConcepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A

---

308 - APORTES SEG.SOCIAL AUT
358 - CONTRIB.SEG.SOCIAL AUT

IMPORTE A PAGAR: $9.003,60

Medio de pago utilizado: Efectivo
Cod. Autorizacion: 7318C062
Control: E78E22 350 1089 S3
22017778700100000001011120221010000308
00000000000000000000000
-TICKET VALIDO COMO COMPROBANTE DE PAG

Impreso el dia 13-01-2023

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 6952667

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 17-02-2022	Hasta 12:00 Hs. del 17-02-2023
Término (en días)	**Plan**
365	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
6355726	12-02-2022

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CAVALLO RODOLFO LUCIANO
DOMICILIO PLUMERILLO N* 2351
LOCALIDAD HURLINGHAM
CÓDIGO POSTAL 1686
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20177787001 / 17778700
ASEGURADO NRO. 4264649

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS
010	MUERTE ACCIDENTAL	$ 1,960,000.00
020	INVALIDEZ	$ 1,960,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$ 19,600.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 17778700	CAVALLO RODOLFO LUCIANO	20-09-1965	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
2	DNI 41897618	CAVALLO FACUNDO VALENTIN	21-05-1999	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

Cantidad: 2

CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.
Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservarán su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.
Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados.-
PERSONAS Y/O EMPRESAS:

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 6952667

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 17-02-2022	Hasta 12:00 Hs. del 17-02-2023
Término (en días)	**Plan**
365	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
6355726	12-02-2022

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CAVALLO RODOLFO LUCIANO
DOMICILIO PLUMERILLO N* 2351
LOCALIDAD HURLINGHAM
CÓDIGO POSTAL 1686
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20177787001 / 17778700
ASEGURADO NRO. 4264649

Empresa: AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30504065207

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 13 días del mes de ENERO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

IMPORTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 9 Org: Prod: 4033

Usuario: SELF

SEGUROS RIVADAVIA

SEGURO OBLIGATORIO AUTOMOTOR

Av. 7 Nº 755 - B1900DHB - La Plata - Tel. 0810-999-3200

Conforme Decreto 1716/08 (Reg. Ley Nacional 26363)

Asegurado:CAVALLO, RODOLFO LUCIANO
Poliza:08/632649 Patente:UYL266
Marca :FORD F-350 D
Modelo:1971 Uso:CAMION COMERCIAL
Motor :RPA163829
Chasis:KA9LLT37398
Vigencia DESDE LAS 12 HS.DEL 23/10/2022
HASTA LAS 12 HS.DEL 23/10/2023

Rosana Ibarrart
Gerente General

La posesión de este comprobante obligatorio será prueba suficiente del seguro obligatorio de automotores exigido por el art. 68 de la ley 24.449. Conforme al Art. 2 de la Disp. Nº 70/2009 de la AGENCIA NACIONAL DE SEGURIDAD VIAL, la falta de portación del recibo de pago de la prima del seguro obligatorio por parte del conductor del vehículo no podrá ser aducida por la autoridad de constatación para determinar el incumplimiento de los requisitos para la circulación.

COMO ACTUAR EN CASO DE SINIESTRO

- Siniestros con Lesionados o Fallecidos 0810-222-3456.
- Diríjase a la dependencia policial más próxima al lugar del hecho y realice le respectiva denuncia (no es necesario, si no están involucradas personas lesionadas).
- Si existen lesionados, asístalos y solicite ayuda a la policía, bomberos y/o emergencias médicas, a fin de cumplimentar rápida asistencia.
- Denuncie el hecho en nuestra empresa dentro de las 72 horas.
- No acepte reclamos, ni haga transacciones, ni reconozca indemnizaciones y/o culpabilidad sin autorización por escrito de Seguros Rivadavia. Intente obtener testigos imparciales.

--- BAPRO - MEDIOS DE PAGO S.A. ---
AFIP - AUTONOMO
Comprobante de pago.
Nro.Agencia: 8026 - Nro.Terminal: 4922

SerieNro Fecha Pago Hora Transaccion
80264922 23/01/2023 11:31 001162501
Usuario: 80264922

Formulario: 1101
CUIT: 20-17778700-1
Periodo: 11/2022
CATEGORIA/CRA: 301 -
Concepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A
SubConcepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A

---

308 - APORTES SEG.SOCIAL AUT
358 - CONTRIB.SEG.SOCIAL AUT

IMPORTE A PAGAR: $9.003,60

Medio de pago utilizado: Efectivo
Cod. Autorizacion: 7318C062
Control: E78E22 350 1089 S3
22017778700100000001011120221010000308
00000000000000000000000
-TICKET VALIDO COMO COMPROBANTE DE PAG