FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. ART

RIESGOS DEL TRABAJO LEY 24557
ENDOSO

27-04-2023

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	POLIZA NRO.	ENDOSO
31-01-2023 Desde 00:00 Hs.	31-01-2024 Hasta 00:00 Hs.	365 Dias	4767997	4752795	55

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: PLATINUM CIBERSECURITY S.A.

Domicilio: Av. de Los Incas 4107

Localidad: CAPITAL FEDERAL CP: 1427

Productor: 25790 AG: 3
HERRERO ANZORENA RIC
Matrícula SSN: 78646

Pago del Impuesto de sellos por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

FIRMA FACSIMIL DEL CONTRATO; Federación Patronal Seguros S.A., ha adoptado esta modalidad para la impresión de este contrato, por lo cual no podrá oponer defensas relacionadas con la falsedad o inexistencia de la firma.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Buenos Aires, o al teléfono: 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30.

Podrá consultarse via Internet a la siguiente dirección http://www.ssn.gov.ar.



Gerente ART

Entre "FEDERACION PATRONAL" Seguros S.A. (en adelante "el Asegurador"), y el Empleador, bajo las condiciones del Contrato de Afiliación que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe y de conformidad con la Solicitud, en la que consta firmante, personería y fecha de la firma, y que se declara parte integrante del mismo, convienen:

OBJETO DEL SEGURO

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE DE ACUERDO A LA CIRCULAR 041/97 EMITIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (SRT), EL PRESENTE CONTRATO AMPLIA SU VIGENCIA SEGUN DETALLE QUE OPERA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE EXPRESAN MAS ARRIBA.

NOTAS ACLARATORIAS:

RESCISION DE CONTRATOS POR CESE DE ACTIVIDAD O DECLARACION DE NO POSEER PERSONAL:
"EN CASO QUE UN EMPLEADOR AFILIADO SOLICITARA LA RESCISION DEL CONTRATO, POR LAS CAUSALES ESTABLECIDAS ARTICULO 15, PUNTO 2, APARTADOS A) Y B) DEL DECRETO N* 334/96, LA ASEGURADORA DEBERA REQUERIR LA PRESENTACION DEL COMPROBANTE A TRAVES DEL CUAL SOLICITO LA BAJA ANTE LA DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA (DGI) O DECLARO NO TENER MAS TRABAJADORES EN RELACION DE DEPENDENCIA, DEJANDO COPIA DEL MISMO EN EL LEGAJO."
SRT RESOLUCION 41/97.

SE HA INAUGURADO EL SERVICIO DE ORIENTACION TELEFONICA GRATUITO DE SRT: 0800 - 666 6778 (OSRT), CUYO HORARIO DE ATENCION ES ENTRE LAS 09:00 HS. Y LAS 18:00 HS.

LAS ALÍCUOTAS INFORMADAS PARA EL PRESENTE CONTRATO, INCLUYEN LA CONTRIBUCIÓN DEL 0.5% SOBRE PRIMAS DE SEGURO A CARGO DEL TOMADOR, CONFORME LO ESTABLECIDO POR EL ART. 17 INC. I) DE LA LEY 19.518, VIGENTE A LA FECHA POR RESOLUCIÓN RECAÍDA EN AUTOS: ¿OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS, REASEGUROS, CAPITALIZACIÓN Y AHORRO Y PRÉSTAMO PARA LA VIVIENDA C/ EN - PEN - MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL S/ MEDIDA CAUTELAR¿. EXPTE. 24.099/05, JUZGADO FEDERAL DE 1RA. INSTANCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL N 6, SECRETARÍA N 21.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. ART

SECCION: ART

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	POLIZA NRO.	ENDOSO
31-01-2023 Desde 00:00 Hs.	31-01-2024 Hasta 00:00 Hs.	365 Dias	4767997	4752795	55

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: PLATINUM CIBERSECURITY S.A.

Domicilio: Av. de Los Incas 4107 Localidad: CAPITAL FEDERAL CP: 1427

ANEXO III. PRESTACIONES EN ESPECIE

PRESTADOR MEDICO:	DOMICILIO:	TELEFONO:
* Establecimiento 1 :	SERVICIOS DE CONSULTORES EN INFORMATICA Y SUMINIST	Domicilio: Av. de Los Incas N* 4107 CAPIT
INSTITUTO DE TRATAMIENTO ENDOLUMINAL BUENOS AIR	CNEL J TERRADA N* 550 CAPITAL FEDERAL	46112647
FUNDACION SANIDAD EJERCITO ARGENTINO	AV. LUIS MARIA OCAMPO N* 726 CAPITAL FEDERAL	51975323
ASOCIACION DE BENEFICENCIA HOSPITAL SIRIO LIBANES	CAMPANA N* 4658 CAPITAL FEDERAL	1532459920
MEDILAES SA	GRAL MARTIN MIGUEL DE GUEMES N* 3154 CAPITAL FEDERAL	5263-0699
CENTRO MEDICO INTEGRAL FITZ ROY	DR MANUEL ANTONIO DE ACEVEDO N* 865 CAPITAL FEDERAL	47785500
DESARROLLOS EN SALUD SA	P CONDE N* 851 CAPITAL FEDERAL	45564800
HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES	PERDRIEL N* 74 CAPITAL FEDERAL	57745057
DEBORA S.R.L.	CNEL P MURGUIONDO N* 1709 CAPITAL FEDERAL	46879569
CENTRO OFTALMOLOGICO DR. CHARLES	AVDA CORDOBA N* 1889 CAPITAL FEDERAL	41296000
GUARDIA CHARLES - Sab. Dom. y Feriados	RIOBAMBA N* 841 CAPITAL FEDERAL	

SEPELIOS: FUNARG SRL (Servicios Funebres) Talcahuano N°750 Capital Federal Tel.: (011) 4001-4444 o (0800) 8884400

CENTRO MEDICO SOI (SEROLOGIA): Solamente para la derivación de accidentes con Riesgo Biológico en todo el pais. Tel: (011) 4867-2662.

Nota1:Los aqui listados son los principales prestadores de la zona, para consultar por otros prestadores llamar al 0800-2222322.

CENTRO ATENCION PERMANENTE:

En caso de URGENCIAS comunicarse con el Centro de Atencion Permanente al 0800-2222-322 o al (0221) 429-0333 Internos 458 y 459.
COBERTURA INTERNACIONAL:
Para atención medica de accidentes del trabajo ocurridos en el exterior, comunicarse al 54-221-4290333.
Para acceder al Padron Nacional de Prestadores Médicos, consultar nuestra pagina http://www.fedpat.com.ar

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Certificado de Afiliación

ART R3090 0

ART

PÓLIZA: 4752795

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma PLATINUM CIBERSECURITY S.A. con CUIT 30715204904, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 4752795

A) VIGENCIA DESDE: 31-01-2019 **VIGENCIA HASTA:** 31-01-2024

B) ACTIVIDAD: Servicios de consultores en informática y suminis **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 620100

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 10 días de Mayo de 2023 para ser presentado ante quien corresponda.
El presente certificado tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Sr. Empleador:

Toda comunicación fehaciente que se envié desde esta A.R.T. se realizará por el Sistema de Ventanilla Electrónica por ello le recordamos que se encuentra vigente la Resolución S.R.T. N° 635/08 y su modificatoria Resolución SRT Nº 365/09 (Sistema de Ventanilla Electrónica para Empleadores), para poder adherirse debe ingresar con su clave fiscal al sitio http://www.srt.gov.ar/servicios/ventanilla/ventanilla.htm

CARLOS H. MONTENERO
Jefe de Producción ART

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

LISTADO DE LA NOMINA

CUIT: 30715204904 **FECHA:** 10-05-2023

RAZON SOCIAL: PLATINUM CIBERSECURITY S.A.

PÓLIZA N°: 4752795

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
NIEVES SOTO MARIA DEL CARMEN - 27956949594				
RUIZ ZONAYA DEL CARMEN - 20962030573				
VIEYRA MARTINA - 27345045452				

.

CARLOS H. MONTENERO
Jefe de Producción ART

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

RIESGOS DEL TRABAJO LEY 24557 Y SUS MODIFICATORIAS

CONTRATO DE AFILIACION

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	PÓLIZA Nro.	ENDOSO
31-01-2019 Desde 00:00 Hs.	31-01-2024 Hasta 00:00 Hs.	1826 Dias	4767997	4752795	0

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: PLATINUM CIBERSECURITY S.A.

Domicilio: Av. de Los Incas 4107

Localidad: CAPITAL FEDERAL CP: 1427

Productor: 25790 AG: 3
HERRERO ANZORENA RIC
Matrícula SSN: 78646
Organizador: 61132
COVER GROUP ASESORES
Matrícula SSN: 915

Pago del Impuesto de sellos por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

FIRMA FACSIMIL DEL CONTRATO; Federación Patronal Seguros S.A., ha adoptado esta modalidad para la impresión de este contrato, por lo cual no podrá oponer defensas relacionadas con la falsedad o inexistencia de la firma.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Buenos Aires, o al teléfono: 0-800-666-8400 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30.

Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección http://www.ssn.gov.ar.

COPIA FIEL

Gerente ART

CONDICIONES GENERALES	CONDICIONES PARTICULARES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO
Anexos:	I - II - III

Entre "FEDERACION PATRONAL" Seguros S.A. (en adelante "el Asegurador"), y el Empleador, bajo las condiciones del Contrato de Afiliación que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe y de conformidad con la Solicitud, en la que consta firmante, personería y fecha de la firma, y que se declara parte integrante del mismo, convienen:

CLAUSULA PENAL		
1 RA. OMISION	1	AMPOS
DE 2 A 10 OMISIONES	3	AMPOS
MAS DE 10 OMISIONES	5	AMPOS

NIVEL AUTODIAGNOSTICADO Y ALICUOTAS		
NIVEL	SUMA FIJA	% SOBRE MASA SALARIAL
2	0.000	1.174

OBJETO DEL SEGURO

Las alícuotas que se comunican en el presente, incluyen la contribución del 0.5% sobre primas de seguro a cargo del tomador, conforme lo establecido por el art. 17 inc. i) de la ley 19.518, vigente a la fecha por resolución recaída en autos: `Obra social de la actividad de seguros, reaseguros, capitalización y ahorro y préstamo para la vivienda c/ EN - PEN - Ministerio de Salud y Acción Social s/ Medida cautelar¿. Expte. 24.099/05, Juzgado Federal de 1ra. Instancia de la Seguridad Social N 6, Secretaría N 21.

*** ANEXO 1:**

ACT. PPAL. : 620100 - Servicios de consultores en informática y suministros de programas de info
CIIU: 620100

*** ANEXO 2:**

Domicilio de Riesgo:

1 Av. de Los Incas N* 4107 CAPITAL FEDERAL CAPITAL (1427)

Se deja constancia que el empleador ha entregado y se encuentra en poder del asegurador la nomina del personal cubierto.

Para Comunicarse con Riesgo del Trabajo (A.R.T.) 0800-222-3535 - Fax (0221) 429-0276

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
ART

SECCION: ART

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	PÓLIZA Nro.	ENDOSO
31-01-2019 Desde 00:00 Hs.	31-01-2024 Hasta 00:00 Hs.	1826 Dias	4767997	4752795	0

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: PLATINUM CIBERSECURITY S.A.

Domicilio: Av. de Los Incas 4107 Localidad: CAPITAL FEDERAL CP: 1427

CONDICIONES GENERALES - LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

COPIA FIEL

CLAUSULA PRIMERA:
Las partes se someten, durante la vigencia del presente contrato, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas 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.), además de las obligaciones instrumentadas a través del presente Contrato y su Anexo.
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) hora de la fecha de inicio de vigencia que expresamente se estipule en la Solicitud de Afiliación, la que no podrá ser anterior a la fecha de suscripción de la Solicitud de Afiliación. Para el caso de haberse omitido fijar la fecha de inicio de vigencia, deberá considerarse como tal las CERO (0) hora del día inmediato posterior a la fecha de suscripción de la Solicitud de Afiliación.
II. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. La vigencia del presente contrato será renovada automáticamente por el período de UN (1) año, salvo que el EMPLEADOR manifieste su decisión en contrario, por medio fehaciente y con una antelación de TREINTA (30) días corridos previo a la finalización del contrato, en cuyo caso deberá solicitar en forma simultánea su afiliación a otra ART o el ingreso 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 al de las prestaciones, la alícuota se cotizará en función de la nómina prevista para el mes de pago y se ingresará por el procedimiento habitual 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 TREINTA (30) días corridos a la incorporación de la nueva alícuota, a los efectos 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 cambios de alícuotas deberán respetar la anualidad de su vigencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 del Decreto N 170/96, salvo en los casos en que las modificaciones de las alícuotas obedezcan a cambios de actividad del empleador o a cambios de C.I.I.U. acordados con la aseguradora.

CLAUSULA 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.

CLAUSULA QUINTA:
OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES
1) OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR:
En atención a lo establecido por los artículos 8 y 9 de la Ley Nº 19.587 y en la L.R.T 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 asegurado/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 Solicitud de Afiliación, en el Anexo que a tal fin forma parte de las condiciones particulares, 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 Solicitud de Afiliación y junto al Anexo aludido precedentemente, 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 ASEGURADORA 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 ART para realizar 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 L.R.T..
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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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 L.R.T..
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.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCION: ART

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	PÓLIZA Nro.	ENDOSO
31-01-2019 Desde 00:00 Hs.	31-01-2024 Hasta 00:00 Hs.	1826 Dias	4767997	4752795	0

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: PLATINUM CIBERSECURITY S.A.

Domicilio: Av. de Los Incas 4107 Localidad: CAPITAL FEDERAL CP: 1427

CONDICIONES GENERALES - LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

El empleador que no cumpliera con esta obligación, deberá abonar a la aseguradora en concepto de Cláusula Penal la cantidad de PESOS indicada en la solicitud de afiliación.
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.I) 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. que aprueba el Contrato Tipo de Afiliación, 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 DIEZ (10) días corridos de recibido el Relevamiento General de Riegos 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, documentación respaldatoria y 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 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 1º 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.
2.II) RESPONSABILIDAD DE LA ART 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. Nº 735 de fecha 26 de junio de 2008, en el artículo 32 de la L.R.T. y la Resolución S.R.T. Nº 1/97.

CLAUSULA SEXTA: RESCISION.
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 A.R.T., con aportes efectivamente realizados y sin registrar deuda conforme al procedimiento establecido en materia de traspasos. Este derecho podrá ser ejercido nuevamente, transcurrido un año de efectuado el primer cambio de Aseguradora por la misma causa.
b) Por el cese de actividad del empleador, debiendo dejar constancia de ello mediante presentación ante la ASEGURADORA del Formulario correspondiente
exigido por la A.F.I.P..
c) Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia, debiendo
notificar a la ASEGURADORA de tal situación, acompañando las constancias generadas por los aplicativos provistos por 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. En el cálculo del estado de deuda deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del empleador y, para el caso de haberse suscripto la Cláusula 10 Adicional del presente contrato, se deberá computar a modo de compensación los montos que la A.R.T. deba al EMPLEADOR en concepto de reintegros por I.L.T..
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 apartado 3 del artículo 18 del Decreto N 334/96, reglamentario del artículo 28 de la Ley N 24.557.
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 falta de otro plazo fijado por la A.R.T.

CLAUSULA SEPTIMA: DOMICILIO
Las partes declaran y aceptan que los domicilios constituidos en el primer párrafo del presente contrato serán considerados válidos a los efectos de las notificaciones que las partes deban realizarse con relación a los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato. Sin perjuicio de lo expuesto, las partes declaran
conocer que se hallan incluidas en lo que respecta a la vigencia, validez y efectividad de la notificación electrónica que reglamente la S.R.T..
Es obligación de las partes 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.

CLAUSULA OCTAVA: 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.R.T.

COPIA FIEL

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCION: ART

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	PÓLIZA Nro.	ENDOSO
31-01-2019 Desde 00:00 Hs.	31-01-2024 Hasta 00:00 Hs.	1826 Dias	4767997	4752795	0

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: PLATINUM CIBERSECURITY S.A.

Domicilio: Av. de Los Incas 4107 Localidad: CAPITAL FEDERAL CP: 1427

CLÁUSULAS ADICIONALES DEL CONTRATO DE AFILIACIÓN - LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

CLAUSULA NOVENA:
PAGO DE PRESTACIONES DINERARIAS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ART

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 (*).
Para el caso en que las partes hayan adherido a esta cláusula, se tornará obligatoria para la A.R.T. la compensación establecida en la cláusula DÉCIMA.
Se deja constancia de 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.

COPIA FIEL

(*) INSTRUCTIVO REGLAMENTARIO DE LA CLAUSULA NOVENA.
LIQUIDACIÓN Y REINTEGRO DE PRESTACIONES DINERARIAS EN CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA

1. INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA (I.L.T.)
Existe esta situación cuando el daño sufrido por el trabajador, como consecuencia de una contingencia laboral, le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales. Por dicho motivo, a partir del día siguiente a la primera manifestación invalidante, se le deberá abonar una prestación de pago mensual. Los primeros DIEZ (10) días son a cargo del EMPLEADOR, los siguientes deberán ser abonados por la A.R.T., de acuerdo con lo establecido por el artículo 13 de la Ley Nº 24.557.

2. IMPORTE DE LA PRESTACIÓN DINERARIA EN CONCEPTO DE I.L.T.
A los fines de determinar la cuantía de la citada prestación, previamente se debe calcular el ingreso base. Este resulta de dividir el total de las remuneraciones sujetas a aportes correspondiente a los DOCE (12) meses anteriores a la contingencia o al tiempo de prestación de servicio si fuera menor a un año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado. El ingreso base multiplicado por TREINTA CON CUATRO (30.4), da el valor mensual del ingreso base (V.M.I.B.).
Este último valor se aplica para los meses calendarios completos de I.L.T.
En caso contrario, se toma el ingreso base para los días corridos de I.L.T.

3. CONVENIO DE PAGO POR CUENTA Y ORDEN DE LA ART
De acuerdo con la cláusula opcional suscripta por las partes en el presente contrato y con lo establecido por la Resolución S.R.T. Nº 237/96 en su artículo 4º, la ASEGURADORA puede convenir con el EMPLEADOR que, mientras se mantenga vigente la relación laboral, éste efectúe el pago de las prestaciones dinerarias por 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 Nº 20.744, discriminando:
a) la Remuneración; b) la prestación dineraria Ley Nº 24.557 ¿a cargo del EMPLEADOR¿ (por los DIEZ (10) primeros días); c) la prestación dineraria Ley Nº 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 que reglamentó la A.F.I.P..
El convenio de pago aludido precedentemente en ningún caso y bajo ningún concepto exime a la ASEGURADORA de su responsabilidad frente al trabajador.

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 por otro motivo 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¿.

5. DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR EL EMPLEADOR A LOS EFECTOS DEL REINTEGRO DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ART.
a) Copia de los recibos refrendados por el trabajador por los pagos por el EMPLEADOR en concepto de I.L.T.; b) Copia del comprobante por el ingreso de los aportes y contribuciones, donde conste sello de recepción de la Institución actuante; c) Copia de la declaración jurada (sintética) correspondiente a los períodos de I.L.T. del trabajador accidentado, en los cuales se comunicó a la A.F.I.P., los aportes y contribuciones con destino al Régimen Nacional de Seguridad Social y Obras Sociales de la totalidad de los empleados y d) Copia de la declaración jurada (analítica), Nómina de Empleado/s, correspondiente a los períodos de I.L.T. donde conste la información del trabajador accidentado.
En la copia de presentación de estos antecedentes, la ASEGURADORA deberá dejar constancia de la fecha de recepción. Los mismos podrán ser enviados por el EMPLEADOR a la finalización de cada mes, si el trabajador continúa incapacitado, o con posterioridad al alta médica otorgada por el prestador de la ART.

CLAUSULA DÉCIMA:
COMPENSACIÓN DE ALICUOTAS IMPAGAS CON REINTEGROS DE I.L.T.

Las partes podrán acordar la compensación de alícuotas impagas con reintegros de prestaciones dinerarias en concepto de ILT abonadas por al EMPLEADOR al trabajador por cuenta y orden de la ASEGURADORA, mediante el reembolso de dichos montos por parte de la A.R.T. 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.
Por otra parte, la ASEGURADORA deberá ingresar al S.U.S.S. los importes de las alícuotas compensadas, utilizando un formulario específico, debiendo posteriormente entregar copia de dicho comprobante al EMPLEADOR, dejando constancia de la recepción del mismo por parte de éste último.

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

POLIZA NRO.: 220180976867

DATOS DEL CONTRATANTE:

NOMBRE: PLATINUM CIBERSECURITY SA

DIRECCION: AV RIVADAVIA 5598 9 B (1424) CAPITAL FEDERAL

ASEGURADO	TIPO/NRO. DOCUMENTO	FECHA NAC.
ALEJANDRO JAVIER DIASCHI	DNI 30641519	15/12/1983
ALEXANDER MOISES QUISPE IGLESIAS	DNI 38049621	21/12/1993
DANILO RAFAEL NUNES DOS SANTOS	DNI 95962537	22/04/1986
FACUNDO KELLER	CUIL 20351115301	16/02/1990
JORGELINA BEN	CUIL 27331553293	20/06/1987
JUAN IGNACIO FERNANDEZ DEVITA	DNI 34564429	06/06/1989
LUCIANA BERTINOTTI	DNI 29247079	19/12/1981
MARIA DEL CARMEN NIEVES SOTO	DNI 95684959	02/04/1984
MARIANELA GRAMUGLIA	DNI 31172748	16/10/1984
MARTINA VIEYRA	DNI 34504545	05/05/1989
NELSON JESUS REQUIS SAYAGO	DNI 92700556	03/02/1976
PADIN, ALBERTO DARÍO	DNI 14769884	07/02/1962
RICARDO NICOLAO	CUIL 20307435471	10/01/1984
VALERIA CECILIA PLA	DNI 27551868	28/09/1979
ZONAYA DEL CARMEN RUIZ	PASAPORTE 136829469	26/12/1967

DATOS DEL SEGURO

VIGENCIA: 14/03/2023 - 01/01/2024

CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA: 382250

COBERTURAS: MUERTE UNICAMENTE.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGUN DESIGNACION QUE OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE

ALLIANZ Argentina Cía. de Seguros S.A., certifica por el presente documento que el asegurado/a se encuentra comprendido, en la póliza arriba indicada , en un todo de conformidad con las condiciones Generales y Particulares , exclusiones y cláusulas de la póliza referida , cuyo original obra en poder del tomador a disposición de los asegurados. Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de la entidad aseguradora , dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Capital Federal, o a los teléfonos : 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456, en el horario de 12.30 a 18.30 hs. Podrá consultarse via internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.- Este certificado ha sido confeccionado según la Resolución Nro. 24697 de la superintendencia de seguros de la Nación del 03 de julio de 1996, como extracto de las condiciones de póliza aprobadas por proveido Nro.75044 del 02 de marzo de 1993.

BUENOS AIRES, 14 DE MARZO DE 2023



Amilcar Racigh

Director Técnico

Allianz Arg. Cía. de Seguros S.A.