SAN CRISTOBAL S.M.S.G.
9 DE JULIO 550
(400) TUCUMAN
TEL: (0381) 4515100
tucuman@sancristobal.com.ar
http://www.sancristobal.com.ar

San Cristóbal Seguros

SOCIO ASEGURADO
CORTEZ MARIO GUSTAVO
B° YPF CASA 544
4566 Aguaray, SALTA

RAMO	SUBRAMO	NRO POLIZA / FACTURA
RESPONSABILIDAD CIVIL	RC General	01-08-11-30008867

VIGENCIA
DESDE LAS 00 HS. DEL 28/10/2022 HASTA LAS 00 HS. DEL 28/10/2023

LUGAR Y FECHA DE EMISION	CONCEPTO
TUCUMAN, 13-09-2022	RENOVACIÓN (30006391)

N° SOCIO	COND. DE IVA	N° CUIT	TIPO Y N° DOC	CLAVE BANELCO	CLAVE LINK
0800056194	Inscripto	20-16016370-5	D.N.I. 16016370	0800056194	0800056194

SAN CRISTOBAL S.M.S.G. (en adelante LA SOCIEDAD), bajo las Condiciones Particulares y Generales y Cláusulas y Anexos de la presente Póliza, las que son convenidas para ser ejecutadas de buena fe, y de conformidad con lapropuesta de seguro presentada por el Socio Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato. La presente es válida como comprobante (R.G. N° 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

CONDICIONES PARTICULARES / RIESGOS ASEGURADOS

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	SUMA ASEGURADA
UBICACIÓN: PCIA. DE SALTA - 4400 SALTA, SALTA	
Responsabilidad Civil - Contratista - Descripción de los trabajos a realizar: SE HACE CONSTAR QUE LAS COBERTURAS DE LA PRESENTE POLIZA, TENDRAN EFECTO SIEMPRE QUE LA EMPRESA ASEGURADA CUENTE CON LA HABILITACION DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES, PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD PRECEDENTEMENTE INDICADA.- CLAUSULA ESPECIAL: A) SUBROGACION: SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE, EN CASO DE RECLAMO DE TERCERO, DIRECTA O INDIRECTAMENTE A LAS EMPRESAS QUE SE DETALLAN SEGUIDAMENTE, POR UN SINIESTRO INDEMNIZABLE AMPARADO POR LA PRESENTE COBERTURA, SERÁ CONSIDERADO COMO COASEGURADO PARA ESTA PÓLIZA. LA ASEGURADORA RENUNCIA A EJERCER SUS DERECHOS DE SUBROGACIÓN CONTRA LAS EMPRESAS QUE SE DETALLAN AL PIE DE LA PRESENTE.- B) EL PAGO DE LA PRESENTE POLIZA ESTARÁ A CARGO DE CORTES MARIO GUSTAVO. C) EL ASEGURADOR SE COMPROMETE A NO RESCINDIR, CANCELAR, MODIFICAR, ANULAR O SUSPENDER EL SEGURO CONTRATADO, POR NINGUN CONCEPTO SIN ANTES NOTIFICAR DE ELLO FEHACIENTEMENTE A LAS EMPRESAS ABAJO DETALLADAS O A SUS AFILIADOS CON POR LO MENOS 15 DIAS DE ANTICIPACIÓN.- EMPRESAS: PLUSPETROL S.A., PLUSPETROL S.A. Y OTROS UTE PALMAR LARGO, CONSORCIO YACIMIENTOS RAMOS, PLUSPETROL ENERGY S.A., PANAMERICAN ENERGY LLC UTE ACAMBUCO, GRAN TIERRA ENERGY ARGENTINA S.R.L., GOLDEN OIL/GRAN TIERRA UTE EL VINALAR, TECPETROL S.A. ASOCIADAS HICKMAN UTE AGUARAGUE, YPF S.A., PUESTO EL GUARDIAN, UNIVERSAL COMPRESION DE ARGENTINA S.A., TRANSPORTADORA DE GAS DEL NORTE S.A.EXTERRAN ARGENTINA S.R.L., HANOVER, GASODUCTO ARGENTINA LTDA., REFINOR S.A., HIGH LUCK GROUP LIMITED. - Descripción detallada de la contratación/trabajos u obra: SANEAMIENTO AMBIENTAL - MANTENIMIENTO DE ESPACIOS VERDES Y PROVISION DE MANO DE OBRA. - Franquicia: 10% Siniestros - Mínimo 1% Máximo 5% de la Suma Asegurada Incendio, rayo, explosión, descargas eléctricas y escapes de gas	$ 7.333.200

PERSONAS RELACIONADAS

PAN AMERICAN ENERGY LLC UTE ACAMBUCO - Contratista

TECPETROL S A - Contratista

YPF SA Y OTRAS UTE AGUARAGUE - Contratista

MODALIDAD DE PAGO: Efectivo - Envío de Cupón Digital: Sí

El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del Asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

LIQUIDACION DEL PREMIO	MONEDA
	Pesos

PRIMA	REC. FINANCIERO	TASA FIN. (TEA)	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	PERC. IVA
$ **53.972,35	$ **9.607,08	13,60%	$ **63.579,43	$ **13.351,68	$ **1.907,38

	IMPUESTOS/TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC.TSeH LA PLATA	PREMIO
	$ **763,67	$ **762,95	$ **2.358,89	$ **0,00	$ **82.724,00

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338- 4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

PRODUCTOR	N° MATRICULA
08-000371 - MIGUEL ANDRES COSTAS ZOTTOS	38044

CATEGORIA	RAMO	ORGANIZADOR
TRADICIONAL	11	08-000403 - MIGUEL ANDRES COSTAS ZOTTOS

Esta Póliza ha sido aprobada por Superintendencia de Seguros de la Nación por Res. 37.849. Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento de la Actividad Aseguradora.

Diego Guaita
Gerente General

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.
9 DE JULIO 550
(400) TUCUMAN
TEL: (0381) 4515100
tucuman@sancristobal.com.ar
http://www.sancristobal.com.ar

San Cristóbal Seguros

SOCIO ASEGURADO
CORTEZ MARIO GUSTAVO B° YPF CASA 544 4566 Aguaray, SALTA

RAMO	SUBRAMO	NRO POLIZA / FACTURA
RESPONSABILIDAD CIVIL	RC General	01-08-11-30008867

VIGENCIA
DESDE LAS 00 HS. DEL 28/10/2022 HASTA LAS 00 HS. DEL 28/10/2023

LUGAR Y FECHA DE EMISION	CONCEPTO
TUCUMAN, 13-09-2022	RENOVACIÓN (30006391)

CONDICIONES PARTICULARES / RIESGOS ASEGURADOS

Comprobante de Pago

San Cristóbal Seguros

Póliza: 01-08-11-30008867	Suc: 08	Emisión Comprobante: 11/10/2023
N° de Cuenta: 01-00072253		Vigencia: 28/10/2022 - 28/10/2023
Tomador: CORTEZ MARIO GUSTAVO		Modalidad de Pago: EFECTIVO
Ramo: Responsabilidad Civil		Subramo:
Pago Aplicado: 10/10/2023		Próximo Vencimiento: 28/10/2023
Productor: 08-000371		Organizador: 08-000403

Nota:

El presente comprobante de pago no implica renuncia a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por condiciones de póliza. Este comprobante lleva firma facsimilar, conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento de la Actividad Aseguradora.

El presente comprobante de pago es válido hasta fin de vigencia de la póliza 28/10/2023.



Diego Guaita
Gerente General

Control: 01-08-11-30008867