MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Constancia Nro: 4915479

CONSTANCIA DE COBERTURA

Se deja constancia, por medio de la presente, que SOLYTEC S.R.L.. CUIT: 30708937602 ha suscripto con MAPFRE Agentina Seguros de Vida S.A. la póliza más abajo mencionada, amparando lo dispuesto en las Condiciones Generales del Seguro de Vida Obligatorio, Decreto Nº 1.567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y sus modificatorias.

Póliza Nº: 105005426801
Vigencia: Desde las doce horas del día 26/10/2023 y hasta las doce horas del dia 01/10/2024.

NÓMINA DEL PERSONAL

NÓMINA INFORMADA POR AFIP para el período 2023/09

N° CUIL - APELLIDO Y NOMBRE

20244353232	CLEMENTIN DANIEL ALEJANDRO
20395581105	DURAN MATIAS
20437774790	SALEMI MARTIN EMANUEL
20209556317	STANGALINI SERGIO GUSTAVO
20282097770	VILLALBA MARCOS
20372421240	ZARATE ARIEL HERNAN

Cantidad Total de Trabajadores: 6

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

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FASCIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA.

La presente constancia carece de validez si:
El personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de la Seguridad Social) o no posee alta temprana.
El tomador no abona la prima perteneciente al período que corresponde dentro de los 30 días desde el inicio de vigencia de dicho período facturado, o bien desde la fecha de emisión del mismo si esta fuera posterior a la vigencia.

SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO

CERTIFICADO DE COBERTURA

Fecha de Emisión: 15/11/2023

Empresa	: **SOLYTEC S.R.L.**
C.U.I.T	: 30-70893760-2
Contrato	: 10295
Póliza Digital SRT:	: 4496512
Vigencia	: Desde: **01/11/2017** Hasta: **31/10/2024**

Conste por la presente que Omint ART S.A., renuncia de forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra BANCO SUPERVIELLE SOCIEDAD ANONIMA - 33-50000517-9, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de SOLYTEC S.R.L. amparados por la cobertura de la Póliza Digital SRT N° 4496512, por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo. Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley N° 19.587; su Decreto Reglamentario N°351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

Buenos Aires, 15 de noviembre de 2023

El presente certificado tiene validez de 30 días a partir de la fecha de emisión.

Sin otro particular, saludamos a Uds. muy atentamente.



Daniel A. Pivetti
Gerente General
Omint ART S.A.

OMINT ART S.A. | CUIT: 30-71234180-3 | Carlos Pellegrini 1363 Piso 6°| (C1011AAA) CABA Argentina

CUIL	Apellido y Nombres
20244353232	CLEMENTIN DANIEL ALEJANDRO
20395581105	DURAN MATIAS
20350419382	FERNANDEZ NAHUEL
20437774790	SALEMI MARTIN EMANUEL
20209556317	STANGALINI SERGIO GUSTAVO
20282097770	VILLALBA MARCOS
20372421240	ZARATE ARIEL HERNAN

(*) Queda sujeto a lo estipulado en Resolución Gral. 1891/05, según comprobante de Alta (CAT) y Baja (CBT)

Sin otro particular, saludamos a Uds. muy atentamente.



Daniel A. Pivetti
Gerente General
Omint ART S.A.

OMINT ART S.A. | CUIT: 30-71234180-3 | Carlos Pellegrini 1363 Piso 6°| (C1011AAA) CABA Argentina

OMINT ART S.A.
CUIT: 30-71234180-3
Carlos Pellegrini 1363 Piso 6
C1101AAA - Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Centro de Atención al Cliente: 0800-555-0278
E-mail: atencionalcliente@omintart.com.ar
Centro de Atención de Emergencias: 0800-888-6060

PÓLIZA DIGITAL

En la ciudad de Buenos Aires, el 29 de Agosto de 2017, las partes que se detallan en el **ANEXO I**, firmando dos ejemplares de un mismo tenor, convienen celebrar el presente Contrato de Afiliación sujeto a las Cláusulas y Condiciones Generales adjuntas y a las Condiciones Particulares que se indican en los siguientes **ANEXOS I** y **II**.

ANEXO I: CONDICIONES PARTICULARES

Póliza Digital SRT: 4496512 **Contrato: 10295**

ASEGURADO: SOLYTEC S.R.L.
DOMICILIO: ARAOZ DE LA MADRID G GRL 1826
LOCALIDAD: (1288) CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
PROVINCIA: CAPITAL FEDERAL

C.U.I.T: 30708937602
C.I.I.U: 515921 - VENTA AL POR MAYOR DE EQUIPOS, PERIFÉRICOS, ACCESORIOS Y PROGRAMAS INFORMÁTICOS

VIGENCIA:	
Desde:	01/11/2017
Hasta:	31/10/2024

NIVEL DE CUMPLIMIENTO AUTODIAGNOSTICADO: 2

ASEGURADORA: OMINT ART S.A. **Código:** 00507
CUIT: 30-71234180-3
INGRESOS BRUTOS: 901-607874-0

ALICUOTA:

Suma Fija por Trabajador	% Sobre Nómina Salarial	F.F.E.P (*)
$0.00	%2.236	$0.60

(*) F.F.E.P. Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales – Decreto 1278/2000 - $ 0.60 por trabajador

CLAUSULA PENAL POR OMISIÓN DE DENUNCIA: $4500.00
Productor: 1497 - SEGUREN SA
Organizador: 1497 - SEGUREN SA

ANEXO II: Adjuntamos el listado de Establecimientos y Profesionales contratados para las prestaciones en especie.

Daniel A. Pivetti
Gerente General
Omint ART S.A.

Los empleadores podrán solicitar información a la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la entidad aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 CP (1067) Capital Federal, o los teléfonos 4343-9090, 4331-0188, 4331-7456.

El empleador asegurado queda incluido en el sistema de **"Ventanilla Electrónica"** con el fin de establecer el intercambio electrónico recíproco de notificaciones, mensajes e información que sean necesarios, según lo estipulado en la Resolución **SRT N° 635/08**.

OMINT ART S.A.
CUIT: 30-71234180-3
Carlos Pellegrini 1363 Piso 6
C1101AAA - Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Centro de Atención al Cliente: 0800-555-0278
E-mail: atencionalcliente@omintart.com.ar
Centro de Atención de Emergencias: 0800-888-6060

ANEXO II: CONDICIONES GENERALES

En la Ciudad de BUENOS AIRES, a los 29 días del mes de Agosto de 2017**,** por una parte Omint ART constituyendo domicilio en la calle Carlos Pellegrini 1363 , Piso 6, Capital Federal, en adelante denominada "la Aseguradora" o "la ART" en forma indistinta; y por la otra SOLYTEC S.R.L. CUIT N° 30708937602**,** representada en este acto por JEREZ DANIEL MARCELO, DNI Nº 16008841, (TACHAR SI NO CORRESPONDE) acreditando personería conforme documentación cuyo original exhibe y entrega copia a "la Aseguradora", constituyendo domicilio en la CALLE ARAOZ DE LA MADRID G GRL 1826 **- CP (**1288**) –** CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES **–** CAPITAL FEDERAL - , denominado en lo sucesivo "el EMPLEADOR" suscriben el presente CONTRATO DE AFILIACIÓN, en el marco de lo normado por las Leyes Nº 24.557, 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 NÁCION (S.S.N.) y sujetos a las siguientes cláusulas y condiciones:

CLAUSULA PRIMERA: Las partes se someten durante la vigencia del presente contrato, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por la Ley sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557 (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NÁCION (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) horas 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) horas 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 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 del 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 Nº 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 N° 19.587 y en a 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 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 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 A.R.T. 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 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 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 si 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.
o. Contar con servicios de Salud y Seguridad en el trabajo, con carácter interno o externo.
p. 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. 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 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, documentación respaldatoria y nómina del personal expuesto declarado 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

OMINT ART S.A.
CUIT: 30-71234180-3
Carlos Pellegrini 1363 Piso 6
C1101AAA - Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Centro de Atención al Cliente: 0800-555-0278
E-mail: atencionalcliente@omintart.com.ar
Centro de Atención de Emergencias: 0800-888-6060

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 Nº 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. N° 735 de fecha 26 de junio de 2008, en el artículo 32 de la L.R.T. y la Resolución S.R.T. N° 10/97.

CLAUSULA SEXTA: *RESCISIÓN*. El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación:
I . - POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos:
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.
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.
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 3º 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) horas del día inmediato posterior al de su última notificación a falta de otro plazo fijado por la A.R.T.

CLAUSULA SÉPTIMA: *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 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.

	
Firma del Empleador	**Daniel A. Pivetti** **Gerente General** **Omint ART S.A.**

OMINT ART S.A.
CUIT: 30-71234180-3
Carlos Pellegrini 1363 Piso 6
C1101AAA - Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Centro de Atención al Cliente: 0800-555-0278
E-mail: atencionalcliente@omintart.com.ar
Centro de Atención de Emergencias: 0800-888-6060

CLÁUSULAS ADICIONALES

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. (*) INSTRUCTIVO REGLAMENTARIO DE LA CLÁUSULA 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 N° 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 calendario completo 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. N° 237/96 en su artículo 4°, 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 40 de la Ley N° 20.744, discriminando: a) la Remuneración; b) la prestación dineraria Ley 19° 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 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 esta responsabilidad frente al trabajador.

4.- SITUACIONES ESPECIALES: Si por cualquier causa 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 periodos 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 continua incapacitado o con posterioridad al alta médica otorgada por el prestador de la ART.

CLÁUSULA DÉCIMA: *COMPENSACIÓN DE LAS CUOTAS 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 el 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 este último.

Firma del Empleador	**Daniel A. Pivetti** **Gerente General** **Omint ART S.A.**

MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Constancia Nro: 4934948

CONSTANCIA DE COBERTURA

Se deja constancia, por medio de la presente, que SOLYTEC S.R.L.. CUIT: 30708937602 ha suscripto con MAPFRE Agentina Seguros de Vida S.A. la póliza más abajo mencionada, amparando lo dispuesto en las Condiciones Generales del Seguro de Vida Obligatorio, Decreto Nº 1.567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y sus modificatorias.

Póliza Nº: 105005426801
Vigencia: Desde las doce horas del día 22/11/2023 y hasta las doce horas del dia 01/10/2024.

NÓMINA DEL PERSONAL

NÓMINA INFORMADA POR AFIP para el período 2023/10

N° CUIL - APELLIDO Y NOMBRE

20244353232	CLEMENTIN DANIEL ALEJANDRO
20395581105	DURAN MATIAS
20350419382	FERNANDEZ NAHUEL
20437774790	SALEMI MARTIN EMANUEL
20209556317	STANGALINI SERGIO GUSTAVO
20282097770	VILLALBA MARCOS
20372421240	ZARATE ARIEL HERNAN

Cantidad Total de Trabajadores: 7

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

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FASCIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA.

La presente constancia carece de validez si:
El personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de la Seguridad Social) o no posee alta temprana.
El tomador no abona la prima perteneciente al período que corresponde dentro de los 30 días desde el inicio de vigencia de dicho período facturado, o bien desde la fecha de emisión del mismo si esta fuera posterior a la vigencia.