ACCIDENTES PERSONALES

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
SOSA PEDRO ANTONIO	00526171	00000000	30/08/2023	30/08/2024

Dirección: FALUCHO 263
1625 - BELEN DE ESCOBAR, BUENOS AIRES

CUIT
20084956768

Tipo de Póliza: 01 - AP CON ASISTENCIA MEDICA VARIABLE

Detalle de las Coberturas	Suma Asegurada Asegurado Titular	Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
MUERTE ACCIDENTAL	$ 3.000.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 3.000.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 300.000,00	0	0	0

Datos Personales de Asegurado/s

AVALOS GONZALO EMMANUEL	Tipo y Nº de Documento	DNI 33909050
QUIQUINTO GONZALO LEONEL	Tipo y Nº de Documento	DNI 43300842
NIEVA DANIEL EMILIO	Tipo y Nº de Documento	DNI 13470788
SOSA MARCO ANTONIO	Tipo y Nº de Documento	DNI 31807003
FORMIGO WALTER RUBEN	Tipo y Nº de Documento	DNI 17317966
YAPU LLANOS NEGO ABED	Tipo y Nº de Documento	DNI 94007555
ALOMO MATIAS ENRIQUE	Tipo y Nº de Documento	DNI 40915312
YAPU MARCA ABRAHAM	Tipo y Nº de Documento	DNI 43728516
LELL IVANA NATALIN	Tipo y Nº de Documento	DNI 33084295
SOSA PEDRO ANTONIO	Tipo y Nº de Documento	DNI 8495676

EL ASEGURADOR RENUNCIA A LOS DERECHOS DE SUBROGACION ESTABLECIDOS EN EL ART.80 DE LA LEY DE SEGUROS NRO.17418 Y POR LO TANTO NO EJERCERA ACCION DE REPETICION CONTRA:
ULMA ANDAMIOS Y ENCOFRADOS ARGENTINA S.A. JUANA MANDO 1750
30691218410
AKAPOL S.A. 30-50406520-7
CONSORCIO SANTA ANA 30-71416245-0
REMY ANDRÉS DNI : 23542495
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

Emitido en , 02 de Octubre de 2023

Aldo Gonzalez
Apoderado

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

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 6336837

Buenos Aires, **02 / 10 / 2023**
Página 1

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **SOSA PEDRO ANTONIO**

C.U.I.T. N° **20-08495676-8** | N° de Contrato **307793** | N° de Póliza Digital **5408849**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **H IRIGOYEN** | N° **508** | Piso | Oficina

Localidad **BELEN DE ESCOBAR** | Provincia **BUENOS AIRES** | Código Postal **1625**

Teléfono **4424020** | Fecha de afiliación **28 / 04 / 2023** | Vigencia **29 / 04 / 2023** al **30 / 04 / 2024**

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

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

410011 Construcción, Reforma Y Reparación De Edificios Residenciales

Por la presente Provincia Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra AKAPOL SA, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley Nº 24.557, sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de SOSA PEDRO ANTONIO, amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº 307793, por acciones 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 la empresa 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 Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia. PROVINCIA A.R.T. S.A. se obliga a comunicar a AKAPOL SA, en forma fehaciente, los incumplimientos en que incurra el asegurado, especialmente la falta de pago en término dentro de los diez días de verificado. El Asegurado declara como domicilio de AKAPOL SA para realizar las comunicaciones en: CALLE 65 Nº 5920 (1653) VILLA BALLESTER BUENOS AIRES.

Fuera de las causales que expresamente prevee la normativa vigente, el contrato de afiliación no podrá ser modificado o enmendado sin previa notificación fehaciente a AKAPOL SA, en un plazo no inferior a quince(15) días corridos.

Se deja constancia por la presente que la empresa de referencia se encuentra asegurada en Provincia A.R.T.

El presente certificado tiene una 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

DESCONOCIDO
TE-05-F006

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 6336837

Buenos Aires, **02 / 10 / 2023**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **SOSA PEDRO ANTONIO**

C.U.I.T. N° **20-08495676-8** | N° de Contrato **307793** | N° de Póliza Digital **5408849**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **H IRIGOYEN** | N° **508** | Piso | Oficina

Localidad **BELEN DE ESCOBAR** | Provincia **BUENOS AIRES** | Código Postal **1625**

Teléfono **4424020** | Fecha de afiliación **28 / 04 / 2023** | Vigencia **29 / 04 / 2023** al **30 / 04 / 2024**

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

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

410011 Construcción, Reforma Y Reparación De Edificios Residenciales

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA	F. MOV.	F. NACIM.	GENERO
20-43300842-2	QUIQUINTO GONZALO LEONEL	OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN (OBRA GRUESA) Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPÍGRAFES	02/05/2023	04/07/2001	M

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

ACCIDENTES PERSONALES

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
SOSA PEDRO ANTONIO	00526171	00000000	30/08/2023	30/08/2024

Dirección: FALUCHO 263
1625 - BELEN DE ESCOBAR, BUENOS AIRES

CUIT
20084956768

Tipo de Póliza: 01 - AP CON ASISTENCIA MEDICA VARIABLE

Detalle de las Coberturas	Suma Asegurada Asegurado Titular	Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
MUERTE ACCIDENTAL	$ 3.000.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 3.000.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 300.000,00	0	0	0

Datos Personales de Asegurado/s

AVALOS GONZALO EMMANUEL	Tipo y Nº de Documento	DNI 33909050
QUIQUINTO GONZALO LEONEL	Tipo y Nº de Documento	DNI 43300842
NIEVA DANIEL EMILIO	Tipo y Nº de Documento	DNI 13470788
SOSA MARCO ANTONIO	Tipo y Nº de Documento	DNI 31807003
FORMIGO WALTER RUBEN	Tipo y Nº de Documento	DNI 17317966
YAPU LLANOS NEGO ABED	Tipo y Nº de Documento	DNI 94007555
ALOMO MATIAS ENRIQUE	Tipo y Nº de Documento	DNI 40915312
YAPU MARCA ABRAHAM	Tipo y Nº de Documento	DNI 43728516
LELL IVANA NATALIN	Tipo y Nº de Documento	DNI 33084295
SOSA PEDRO ANTONIO	Tipo y Nº de Documento	DNI 8495676

EL ASEGURADOR RENUNCIA A LOS DERECHOS DE SUBROGACION ESTABLECIDOS EN EL ART.80 DE LA LEY DE SEGUROS NRO.17418 Y POR LO TANTO NO EJERCERA ACCION DE REPETICION CONTRA:
ULMA ANDAMIOS Y ENCOFRADOS ARGENTINA S.A. JUANA MANDO 1750
30691218410
AKAPOL S.A. 30-50406520-7
CONSORCIO SANTA ANA 30-71416245-0
REMY ANDRÉS DNI : 23542495
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

Emitido en , 02 de Octubre de 2023

Aldo Gonzalez
Apoderado

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

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora