Buenos Aires, miércoles 14 de febrero de 2024
Señores
LISICKI, LITVIN Y ASOCIADOS SOCIEDAD CIVIL
Presente

Ref.:Seguro Riesgos del Trabajo
Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557

De nuestra consideración:

Por medio de la presente extendemos constancia del Seguro de Riesgos del Trabajo según las siguientes especificaciones:

La empresa **LISICKI, LITVIN Y ASOCIADOS SOCIEDAD CIVIL,** contrato Nro. **252353**, Póliza Digital SRT Nro. **5449283**, C.U.I.T. **30663363014**, actividad **Servicios de contabilidad, auditoría y asesoría fiscal**, cobertura: **según Ley de Riesgos del Trabajo N°24.557**, límites: **según lo establecido en la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24557** , ubicación: **República Argentina**. Vigencia: **1 de agosto de 2023 - 31 de julio de 2024**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **14 de marzo de 2024**.

Nómina del personal cubierto:

27338709531	KRUGER NORMA CARINA
20387091247	LEIVA IGNACIO LUIS
27387082889	BARZOLA MARISOL RUTH
20412307519	LUNARDI PABLO SEBASTIAN

Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones
SWISS MEDICAL ART S.A.

La presente nómina se confirmará con los CUIL declarados con el pago de las cargas sociales del mes en curso.

Código de autenticidad: 60-250190-2339716.

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro de Atención

al Cliente al teléfono 0800-222-7854.