Registrate en www.mercantilandina.com.ar con tu DNI y este código 8533116

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003835933 ENDOSO Nº 000002

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 03.02.2024 Hasta las 12 hs. del 03.06.2024

ASEGURADO
LIQUEED SA
Ravignani Emilio Dr. N° 2330 1°"A"
1425 - PALERMO C F
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 82283
230 8751/4 BLANCO,AGUSTIN JOSE

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos N°: 913500195-8
CAJA PREV. N°: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Entre la Compañía de Seguros "La Mercantil Andina" Sociedad Anónima, en adelante "EL ASEGURADOR", y quien más adelante se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares y especiales del mismo.

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda.
Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de los 30 días de haber recibido la póliza (Art.12 de la Ley de Seguros).
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: (011) 4338-4000, (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30 hs. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

Según se detalla en suplemento adicional 01

Sr. asegurado: Ud. cuenta con la posibilidad de recurrir al Sr. Defensor del Asegurado por cualquier reclamo y/o conflicto directo que pueda surgir con motivo del presente seguro. La utilización de esta vía es voluntaria y no excluye otras instancias administrativas o judiciales que por ley correspondan.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído Nº 120826.-

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

1106 BUENOS AIRES 1 de FEBRERO de 2024

Moneda $	Cotización
Prima	44290,72
Impuestos y Sellados	930,10
Percepción I.Brutos CAPITAL FEDERAL	2657,44
I.V.A.	9301,05
PREMIO TOTAL	57179,31

Alícuota 0,5% ley 19.518, art. 17,inc. 1) según resolución del 01/03/07

Cláusulas y/o Anexos

Cláusulas y anexos según detalle en Suplemento Adicional 01

La cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora SANTANDER RIO S.A. 00000031136

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mercantilandina.com.ar
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

01162030020000000000000000006383593300000000000213307152810037 -20000082283200000875140000000

FACTURA

Registrate en www.mercantilandina.com.ar con tu DNI y este código 8533116

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003835933 ENDOSO Nº 000002

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 03.02.2024 Hasta las 12 hs. del 03.06.2024

ASEGURADO
LIQUEED SA
Ravignani Emilio Dr. N° 2330 1°"A"
1425 - PALERMO C F
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 30-71528100-3

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 82283
230 8751/4 BLANCO,AGUSTIN JOSE

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos N°: 913500195-8
CAJA PREV. N°: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Entre la Compañía de Seguros "La Mercantil Andina" Sociedad Anónima, en adelante "EL ASEGURADOR", y quien más adelante se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares y especiales del mismo.

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda.
Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de los 30 días de haber recibido la póliza (Art.12 de la Ley de Seguros).
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: (011) 4338-4000, (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30 hs. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

Según se detalla en suplemento adicional 01

Sr. asegurado: Ud. cuenta con la posibilidad de recurrir al Sr. Defensor del Asegurado por cualquier reclamo y/o conflicto directo que pueda surgir con motivo del presente seguro. La utilización de esta vía es voluntaria y no excluye otras instancias administrativas o judiciales que por ley correspondan.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído Nº 120826.-

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

1106 BUENOS AIRES 1 de FEBRERO de 2024

Moneda $	Cotización
Prima	44290,72
Impuestos y Sellados	930,10
Percepción I.Brutos CAPITAL FEDERAL	2657,44
I.V.A.	9301,05
PREMIO TOTAL	57179,31

Alícuota 0,5% ley 19.518, art. 17,inc. 1) según resolución del 01/03/07

Cláusulas y/o Anexos

Cláusulas y anexos según detalle en Suplemento Adicional 01

La cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora SANTANDER RIO S.A. 00000031136

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mercantilandina.com.ar
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

01162030020000000000000000006383593300000000000213307152810037 -20000082283200000875140000000

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 8533116 LIQUEED SA
Ravignani Emilio Dr. N° 2330 1°"A" , (1425) PALERMO C F
IVA: Resp.Inscripto 30-71528100-3

Período..: 121 Días
Vigencia.: 03.02.2024 / 03.06.2024
F.Emisión: 01.02.2024

01 COBERTURA 24 HORAS
****

Coberturas de Subrama

Descripción del Riesgo — Suma Asegurada
ADMINISTRACION - OFICINA Y/O SERVICIO EXTERNO $
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

ACTIVIDAD AMPARADA: ADMINISTRACION
PARA LA EFECTIVA PRESTACION DE LA COBERTURA,
SE REQUERIRÁN TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EXIGIDAS POR
LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO PARA LA ACTIVIDAD
DECLARADA. EN CASO DE SINIESTRO, DE VERIFICARSE EL INCUM-
PLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE CUALESQUIERA DE DICHAS MEDIDAS
DE SEGURIDAD, EL EVENTO SE ENCONTRARÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDO
DE COBERTURA, QUEDANDO EXENTO DE RESPONSABILIDAD EL ASEGU-
RADOR. ELLO ASÍ DADO QUE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE RIESGO FUE
REALIZADA TENIENDO EN MIRAS EL CUMPLIMIENTO Y SUFICIENCIA
DE LAS REFERIDAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Descripción del Riesgo — Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR MUERTE Y/O POR INVALIDEZ $ 50000000,00
TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte 5.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las
Condiciones Generales.-
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez
total y/o parcial permanente, hasta: 5.000.000
según lo establecido en la cláusula 9 de las
Condiciones Generales.-

Coberturas especificas de este riesgo
1- MUERTE
5- INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL.

Descripción del Riesgo - — Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR GASTOS DE ASISTENCIA MEDI $ 10000000,00
CO FARMACEUTICA
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de
asistencia médico-farmacéutica, hasta: 1.000.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3
con una franquicia deducible por evento de: 10.000
por persona.

Coberturas especificas de este riesgo
4- GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA

Descripción del Riesgo - — Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR GASTOS DE SEPELIO $ 1500000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de
sepelio, por Accidente cubierto hasta: 150.000
"LIMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN", SE FIJA DICHO
LÍMITE MÁXIMO POR ACONTECIMIENTO QUE AFECTE A
MÁS DE UNA PERSONA POR TODO CONCEPTO, INCLUYENDO
TODAS LAS PERSONAS ASEGURADAS ACTUALMENTE O
INCORPORADAS EN EL FUTURO A LA PÓLIZA EN: 5.500.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 61.500.000
ÁMBITO DE LA COBERTURA: MUNDIAL
CLAUSULA DE NO REPETICION
==========
CONSTE POR EL PRESENTE QUE MERCANTIL ANDINA S.A RENUNCIA EN
FORMA EXPRESA A RECLAMAR O INICIAR TODA ACCIÓN DE REPETICIÓN
O DE REGRESO CONTRA LAS EMPRESAS CITADAS AL PIE,----------
SUS FUNCIONARIOS, OBREROS, EMPLEADOS, SEA EN CUALQUIER OTRA
FORMA JURÍDICA CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE O
DINERARIA QUE SE VEA OBLIGADO A ABONAR, CONTRATAR Y OTORGAR
EL PERSONAL DEPENDIENTE O EX-DEPENDIENTE DEL ASEGURADO, AMPA
RADOS POR LA COBERTURA DE LA PRESENTE, POR ACCIDENTES OCURRI

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 003835933/00002 Prd. 230-20165 /87514 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

DOS EN OCASIÓN DEL TRABAJO.
ESTA CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN CESARÁ EN SUS EFECTOS SI EL EMPRESARIO O 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 19.587, SU DECRETO REGLAMENTARIO Nº 351/79 Y LAS NORMATIVAS QUE SOBRE EL PARTICULAR HA DICTADO LA SUPERINTEDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO, LAS PROVINCIAS Y LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA.
AKAPOL SA CUIT 30-50406520-7

Coberturas especificas de este riesgo
6- GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL

Cláusulas y/o Anexos:
00:1,5/2/3,2/3,5/3,8/3,40/40/92/ANEXO,III/ANEXO,II/3,1/
Prima: $ 44290,72 Rec. Fin. e Impuestos: 12888,59 Premio: 57179,31

Productor..: 8751/4 BLANCO,AGUSTIN JOSE
Localidad..: (1431) AGRONOMIA C F

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe
1	03.02.2024	14294,31
2	03.03.2024	14295,00
3	03.04.2024	14295,00
4	03.05.2024	14295,00

W 0676

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003835933 002 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8533116 LIQUEED SA
DOMICILIO: Ravignani Emilio Dr. N° 2330 1°"A", (1425) PALERMO C F
FECHA EMISION: 01.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 03.10.2023 - 03.06.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
03.02.2024	$ 14.294,31

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora SANTANDER RIO S.A. 00000031136

El presente plan de pago para la póliza 003835933 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 01.02.2024

Mercantil **Andina**

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003835933 002 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8533116 LIQUEED SA
FECHA EMISION: 01.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 03.10.2023 - 03.06.2024
COD. DESPACHO: 230 0087514 BLANCO,AGUSTIN JOSE-VP 26.02.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
03.02.2024	$ 14.294,31

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060383593300201100142943100875140302249999116 7

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003835933 002 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8533116 LIQUEED SA
DOMICILIO: Ravignani Emilio Dr. N° 2330 1°"A", (1425) PALERMO C F
FECHA EMISION: 01.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 03.10.2023 - 03.06.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
03.03.2024	$ 14.295,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora SANTANDER RIO S.A. 00000031136

El presente plan de pago para la póliza 003835933 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 01.02.2024

Mercantil **Andina**

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003835933 002 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8533116 LIQUEED SA
FECHA EMISION: 01.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 03.10.2023 - 03.06.2024
COD. DESPACHO: 230 0087514 BLANCO,AGUSTIN JOSE-VP 25.03.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
03.03.2024	$ 14.295,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060383593300202100142950000875140303249999116 6

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003835933 002 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8533116 LIQUEED SA
DOMICILIO: Ravignani Emilio Dr. N° 2330 1°"A", (1425) PALERMO C F
FECHA EMISION: 01.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 03.10.2023 - 03.06.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
03.04.2024	$ 14.295,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora SANTANDER RIO S.A. 00000031136

El presente plan de pago para la póliza 003835933 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 01.02.2024

Mercantil **Andina**

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003835933 002 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8533116 LIQUEED SA
FECHA EMISION: 01.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 03.10.2023 - 03.06.2024
COD. DESPACHO: 230 0087514 BLANCO,AGUSTIN JOSE-VP 25.04.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
03.04.2024	$ 14.295,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060383593300203100142950000875140304249999116 2

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003835933 002 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8533116 LIQUEED SA
DOMICILIO: Ravignani Emilio Dr. N° 2330 1°"A", (1425) PALERMO C F
FECHA EMISION: 01.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 03.10.2023 - 03.06.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
03.05.2024	$ 14.295,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora SANTANDER RIO S.A. 00000031136

El presente plan de pago para la póliza 003835933 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 01.02.2024

Mercantil **Andina**

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003835933 002 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8533116 LIQUEED SA
FECHA EMISION: 01.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 03.10.2023 - 03.06.2024
COD. DESPACHO: 230 0087514 BLANCO,AGUSTIN JOSE-VP 27.05.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
03.05.2024	$ 14.295,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060383593300204100142950000875140305249999116 8

Fecha: 6/02/2024 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE POLIZA N° 003835933/000002

CONTRATANTE : LIQUEED SA ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 87514

DOMICILIO : Ravignani Emilio NRO: 2330 LOCALIDAD : PALERMO C F

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
6	ANTONELLA FERRARIO	01.07.1987	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 33.576.366
8	DANIEL MUXI HERNANDEZ	23.10.1973	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 832.431
9	DIEGO VIRGOLINI	19.05.1980	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 28.115.579
10	GUILLERMO CALVI	12.08.1979	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 27.589.483
3	HERNAN DOS SANTOS	17.01.1968	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 20.023.932
1	IANINA LEVI	27.12.1986	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 32.783.949
4	JORGE ROLDAN	02.02.1985	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 95.201.448
7	LUCILA LOPEZ	23.02.1977	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 25.802.719
5	PABLO AGUSTIN MAZZEO	07.08.1980	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 28.222.502
2	ROMINA FLORENTINO	14.08.1977	03.10.2023	6.150.000,00	DNI 26.134.177

LOS ABAJO NOMINADOS SON BENEFICIARIOS POR ORDEN DE ITEM DE LOS ASEGURADOS PRECEDENTES

NRO.ITEM	APELLIDO Y NOMBRE	NRO.DOC	PARENTESCO	FEC.NAC

W0690