LA SEGUNDA
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

LA SEGUNDA Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
CASA CENTRAL: Brig. Juan M. de Rosas 957, S2000CCE Rosario (SF)
Tel.: 0341 - 420 - 1000 / Fax: 0800 - 444 - 0159
CAPITAL FEDERAL: Av. Eduardo Madero 942 4° Piso, C1106ACW
Tel: 011 - 431 - 6500
Web site: http://www.lasegunda.com.ar

Para crecer sin riesgos

EMPLEADOR
SIGMA S R L REMEDIOS DE ESCALADA 02156 MONOB:DTO 1 PISO: 00 (05519- 00 CORONEL DORREGO-MZA) MENDOZA TE: 4310187

CONTENIDO DEL CONTRATO:

- **CONTRATO DE A.R.T.**
- **AFICHE DE RESOLUCION N° 62**
  (Entrega el Productor Asesor de Seguros y/o el Ingeniero en Higiene y Seguridad)
- **CREDENCIALES PARA EL PERSONAL (RES. S.R.T. 310/02 y 502/02)**
  (Entrega el Productor Asesor de Seguros)
- **GUIA PRACTICA ANTE LA OCURRENCIA DE SINIESTROS**
  (Disponible en el web site)
- **LISTADO DE SERVICIOS DE EMERGENCIA**
  (Disponible en el web site)
- **LISTADO DE PRESTADORES**
  (Disponible en el web site)
- **GUIA BASICA DE CAPACITACION:**
  (Disponible en el web site)

AGENCIA
ASTRUDILLO, LETICIA ALEJANDRA 05015 RUTA PANAMERICANA (05505- 01 CHACRAS DE CORIA-MZA) MENDOZA TE: 02611554448893

LA SEGUNDA Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
Casa Central: Juan Manuel de Rosas 957, 2000 Rosario,
Tel. (0341) 4201000, Fax (0341) 42100005 / 06/ 07.
En Buenos Aires:
Av. Eduardo Madero 942, 4° Piso, 1106 Capital Federal,
Tel. (011) 43106543.

LA SEGUNDA ART SOCIEDAD ANONIMA

CONTRATO DE AFILIACION

N°: 078274

En la ciudad de Rosario a los 01 días del mes de JULIO de 2005, 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 siguientes: ----------

PRIMERA: Las partes contratantes se someten a lo normado por la Ley N° 24.557, sus Reglamentaciones, a las disposiciones del presente contrato y a las condiciones particulares integrantes del mismo que las partes suscriben por separado como ANEXOS I, II y III. En ningún caso, las condiciones particulares podrán ser contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las cláusulas del presente contrato. ----------

SEGUNDA: La Aseguradora se obliga a dar cumplimiento a todas las obligaciones que le impone la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557 y sus reglamentaciones, tanto sea en relación al asegurado, como a los trabajadores dependientes del mismo, respecto a las contingencias ocurridas durante la vigencia del presente contrato, sin perjuicio de los demás deberes y prohibiciones establecidas por las normas mencionadas. ----------

TERCERA: La vigencia del presente contrato será de un (1) año contado a partir de la fecha que expresamente se estipula en las condiciones particulares establecidas en el ANEXO I, siendo renovable automáticamente por períodos iguales, salvo decisión y aviso en contrario del Empleador, realizado por medio fehaciente con treinta (30) días de antelación a la finalización del contrato. La renovación automática no afectará lo acordado por las partes, respecto del Plan de Mejoramiento. -

CUARTA: El empleador abonará una cuota convenida, que se ajustará al régimen de alícuotas aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación. El monto de dicha cuota se conformará con una suma fija por cada trabajador, más el porcentaje a aplicar sobre las remuneraciones sujetas a cotización. La cuota será declarada e ingresada durante el mes en que se brinden las prestaciones con las modalidades, plazos y condiciones establecidas para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social. La mora será automática en el pago de las cuotas y devengará, a cargo del Empleador, los intereses correspondientes que generan las deudas impositivas nacionales. ----------

QUINTA: El Empleador, mediante el ANEXO II, informa a la Aseguradora, con carácter de declaración jurada la nómina de trabajadores dependientes. Asimismo, deberá informar mediante declaración jurada complementaria las altas y las bajas que se produzcan con posterioridad. El alta de un trabajador será informada en el momento de la incorporación, sin perjuicio de su cobertura en los términos de la Ley N° 24.557. La información requerida en los párrafos anteriores, podrá efectivizarse por cualquier medio fehaciente. La baja de un trabajador será informada dentro de los diez (10) días de producido el distracto por cualquier causa. ----------

SEXTA: El empleador califica en el nivel II de los cuatro niveles determinados por el cumplimiento de la normativa de Higiene y Seguridad, conforme el Decreto N° 170/96 y las Resoluciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. El Plan de Mejoramiento se incorporará y formará parte del presente contrato, una vez suscripto por parte del Empleador y la Aseguradora. El Empleador estará obligado a cumplir con lo dispuesto en dicho Plan y en caso de incumplimiento se le aplicará el régimen de sanciones pertinentes. El cumplimiento de los objetivos acordados en el Plan de Mejoramiento, dará derecho al Empleador a calificar en el nivel superior, provocando dicho hecho la correspondiente modificación de la alícuota a pagar. Lo dispuesto, será de aplicación al mes siguiente de comunicada fehacientemente esta circunstancia a la Aseguradora. Si el Empleador se autocalificara en un nivel superior al que le corresponde, deberá abonar la diferencia de alícuota a la Aseguradora, con más los intereses indicados en la cláusula CUARTA y una multa equivalente al 50% de dicha diferencia de alícuota, con destino al Fondo de Garantía previsto en la Ley N° 24.557. ----------

SEPTIMA: En el ANEXO III se detalla el listado de Prestadores a través de los cuales la Aseguradora dará cumplimiento a todas y cada una de las prestaciones en especie, el que deberá mantenerse permanentemente actualizado por parte de la Aseguradora. Este podrá ser modificado por la Aseguradora, previo conocimiento de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. (Esta obligación se circunscribe a los Prestadores correspondientes a la Provincia donde se encuentra localizada la Empresa. Sin perjuicio de ello, la Aseguradora deberá tener a disposición de los Empleadores, el listado completo de Prestadores que brinden cobertura a nivel nacional). ----------

OCTAVA: 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 podrá disponer por sí la atención del accidentado, dando inmediato 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. ----------

NOVENA: El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación: 1. Por el Empleador, en los siguientes casos: a) Habiendo transcurrido seis (6) meses de vigencia del presente, con aporte efectivamente realizado. Este derecho podrá ser ejercitado una vez por año. Esta facultadad, sólo podrá ser ejercida nuevamente, transcurrido un año de efectuado el cambio de Aseguradora por esta causa. b) Por el cese de la actividad del establecimiento o explotación. c) Cuando el Empleador no tenga más trabajadores en relación de dependencia. 2. Por la Aseguradora, en los siguientes casos: a) Cuando el Empleador adeude dos (2) cuotas mensuales, consecutivas o alternadas, o acumule una deuda total equivalente a dos (2) cuotas, tomando como referencia la de mayor valor en el último año, siempre y cuando haya intimado el pago de las sumas adeudadas, en un plazo no inferior a quince (15) días corridos. Cuando las partes ejerzan el derecho

de rescisión que les confiere la presente cláusula, la misma se producirá desde la fecha en que notifiquen fehacientemente esa decisión a la otra parte. ----------

DECIMA: El Empleador que no formulare denuncia de los hechos comprendidos en el capítulo III de la Ley Nº 24.557 dentro de los plazos que establezca la reglamentación, deberá abonar a la Aseguradora, en concepto de cláusula penal, la cantidad de AMPO indicadas en el ANEXO I, salvo que la omisión de la denuncia en el plazo establecido, no sea imputable al Empleador. ----------

DECIMA PRIMERA: Cualquier controversia que se suscite entre las partes, con relación al contenido y/o ejecución del Plan de Mejoramiento, será sometida a resolución de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la que será inapelable para las partes. Sin perjuicio de ello, las partes podrán acordar someter el diferendo a arbitraje de un árbitro componedor, sorteado de un Registro de Arbitros habilitado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.----------

DECIMA SEGUNDA: Las partes constituyen los siguientes domicilios especiales a los efectos de este contrato, donde en adelante se considerarán válidas, todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales: la Aseguradora en Brig.Gral.Juan Manuel de Rosas 957 - Rosario - Santa Fe y el Empleador en REMEDIOS DE ESCALADA 2156 DTO 1 (5519) CORONEL DORREGO MZA
En caso de que el domicilio constituido no existiere o desapareciere, se alterare o suprimiere su numeración, se considerará automáticamente constituido en la sede de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, donde quedará notificado de pleno derecho de todos los actos, dictámenes o resoluciones que ella emitiere. ----------

DECIMA TERCERA: Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme lo establecido en el art. 46 de la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557. ----------

ANEXO I: CONDICIONES PARTICULARES

ANTECEDENTES DE LAS PARTES

ASEGURADORA

Nombre: **LA SEGUNDA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.**

Código de A.R.T.: **0006-0** C.U.I.T.: **30-68913348-3**

Domicilio: **Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - 2000 Rosario - Santa Fe**

Firmante: **RICARDO JORGE AIDE** Personería: **GERENTE**

EMPLEADOR: SIGMA S R L

C.U.I.T.: 30-70840015-3 Razón Social: SIGMA S R L

Actividad: DISTRIBUCION Y VENTA PRODUCTOS QUIMICOS CIIU: 511950

Domicilio: Calle: REMEDIOS DE ESCALADA Nro.: 02156 Mblock.: Piso: DTO 1 Dto.: 00 --

C.P.: 05519-00 Localidad: CORONEL DORREGO-MZA Prov.: MENDOZA Tel.: 4310187

Fax: -- Firmante: GUILLERMO PAPINI Personería: SOCIO GERENTE

Nivel de cumplimiento autodiagnosticado: II

VIGENCIA

Desde: 01/07/2005 Hasta: 30/06/2025

ALICUOTA

Nivel de cumplimiento	Suma fija por trabajador	Porcentaje sobre la nómina salarial
Nivel I	0.00	6.99%
Nivel II		
Nivel III		
Nivel IV		0.00%

Sellado Provincial: 100% ()

BONIFICACION POR PERMANENCIA:

CLAUSULA PENAL POR OMISION DE DENUNCIA

Por primera omisión:	5	AMPOS.
De 2 a 10 omisiones:	10	AMPOS.
Más de 10 omisiones:	25	AMPOS.

ANEXO II: Se deja expresa constancia que la nómina de trabajadores cubiertos obra en poder de esta Aseguradora. Se adjuntan los siguientes Anexos que forman parte integrante del presente contrato: **III** (Listado de Prestadores), **IV**, **V**, **VI**.

LA SEGUNDA Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
Casa Central: Juan Manuel de Rosas 957, 2000 Rosario,
Tel. (0341) 4201000, Fax (0341) 42100005 / 06/ 07.
En Buenos Aires:
Av. Eduardo Madero 942, 4º Piso, 1106 Capital Federal,
Tel. (011) 43106543.

LA SEGUNDA ART SOCIEDAD ANONIMA

ANEXO IV

Régimen de pago para las Incapacidades Laborales Temporarias. (I. L.T.):

1) El empleador practicará las liquidaciones y realizará los pagos de las prestaciones dinerarias en caso de Incapacidad Laboral Temporaria y de Incapacidad Permanente Parcial Provisoria y de las asignaciones familiares, por cuenta y orden de la Aseguradora, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 24557 y Resolución N° 237/96 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

2) El empleador a tal fin deberá emitir un recibo en original,duplicado y triplicado de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo N° 140 de la Ley 20744, discriminando: a) la Remuneración; b) la Prestación Dineraria Ley N° 24557 "a cargo del empleador" (por los diez primeros días); c) la Prestación Dineraria Ley N° 24557 "por cuenta y orden de la Aseguradora" (a partir del día 11 inclusive); d) las asignaciones familiares "por cuenta y orden de quién corresponda". Los aportes respectivos deberán estar diferenciados según la responsabilidad de su declaración y pago.
En todos los casos de prestaciones dinerarias que deban abonarse con más las asignaciones familiares, el responsable de la prestación deberá abonar la contribución estipulada en el artículo 5°n inciso a), apartado 2 de la Ley N° 24.714 (según art. 8, apartado 4 del Decreto 491/97 del P.E.N.).

3) La Aseguradora reintegrará los montos pagados dentro de los diez (10) días: a los efectos de solicitar el reintegro el empleador entregará a la Aseguradora el triplicado del recibo firmado por el trabajador y en su caso constancia de haber realizado los aportes, como constancia de pago de las prestaciones; conjuntamente con el pedido de la primera restitución informará el detalle de las remuneracioes de acuerdo al artículo 12 de la Ley 24557 y su reglamentación y el cálculo del ingreso base, a través del formulario "Liquidación de Prestaciones Dinerarias". La Aseguradora realizará el control y efectuará los reintegros.

Nota:

Previo a efectuar los pagos de prestaciones Dinerarias por Ingreso Base correspondientes a personal a ***destajo***, consultar a la Aseguradora elevando a la misma la información correspondiente y entregando el formulario y cálculo pertinente que surge del formulario "Liquidación de Prestaciones Dinerarias" de acuerdo a lo normado por el Artículo 12 Ley N° 24557 y reglamentación.

ANEXO V

Rescisión de contratos:

En caso que el empleador afiliado solicitara la ***rescisión del contrato***, por las causales establecidas en el artículo 15, punto 2, apartados a) y b) del Decreto 334/96 (cese de actividades o empleadores sin personal en relación de dependencia), deberá presentar a la Aseguradora comprobante a través del cual solicitó la baja ante la ADMINISTRACION GENERAL DE INGRESOS PUBLICOS o declaro no tener mas trabajadores en relación de dependencia (Formulario 929 ex 569).

Nota:

En caso que el empleador afiliado ***no ocupara personal durante algún mes*** de la vigencia del contrato, deberá comunicar tal circunstancia a esta aseguradora, remitiendo copia del formulario 931 de la DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA.

ANEXO VI

Personal vinculado por relaciones no laborales.

El decreto 491/97 en su artículo 3° establece la incorporación en forma ***obligatoria*** en el ámbito de la Ley 24557 sobre Riesgos del Trabajo, de aquellos trabajadores que desempeñen las siguientes acti- vidades:
a) La reguladas por el sistema de pasantías (Decreto 340/92).
b) Contrato de aprendizaje (Ley 24.465 y sus normas reglamentarias).
c) Programas especiales de capacitación y/o empleo (Ley 24.013 y sus normas reglamentarias), derogado por Decreto 1250/98 (B.O. 29/10/98).
d) Las realizadas en virtud del cumplimiento de una Beca.

Por lo citado precedentemente y en el supuesto de contar con algún trabajador en las distintas modalidades de empleo mencionadas anteriormente, solicitamos nos remita una nota a los efectos de incluirlos en vuestro contrato, indicando nombres y apellidos, números de CUIL (si lo posee) y compensación percibida. A los efectos del cálculo de la cotización para la cobertura de Riesgos del Trabajo dicha compensación no deberá ser inferiror a 3 AMPOS. El ingreso a esta Aseguradora de la cotización aludida se efectuará mensualmente por COBRANZA DIRECTA.

la segunda
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.
Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957, S2000CCE Rosario www.lasegunda.com.ar
Tel. (0341) 4201000, Fax: (0341) 4201005/6/7, Télex: 41954 laseg ar
C.U.I.T. N°30-68913348-3 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-755463-1 - IVA Exento

Lugar y Fecha: ...Rosario,..JULIO.....de..2005.....

N° de contrato: .....078274.....

Razón Social: ...SIGMA..S..R..L.....

Cantidad de Beneficiarios: ...1.....

Sr. Empleador:

En cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo N° 310 y 502, esta aseguradora cumple con el deber de asesorarlo sobre las obligaciones contenidas en las mismas, a saber:

- Queda bajo su exclusiva responsabilidad la entrega de la Credencial de Identificación a cada uno de sus dependientes.
- Deberá hacer conocer y recordar a cada uno de sus dependientes que es obligatorio portar en todo momento la Credencial de Identificación.
- Deberá hacer saber a sus trabajadores que, en caso de un accidente de trabajo, en forma inmediata deberán informárselo a usted o comunicarse con la Aseguradora de Riesgos del Trabajo al teléfono que figura en la credencial o dirigirse a un centro médico habilitado por esta última.

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy cordial y atte.

LA SEGUNDA
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

Dr. Juan Carlos Mosquera
GERENTE

. . . . . .

Sres.
La Segunda A.R.T. S.A.:
PRESENTE

Por la presente dejo constancia de haber recibido las credenciales correspondientes a las Resoluciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo N° 310 y 502.

Lugar y Fecha: ..Rosario, JULIO.....de 2005.....

N° de contrato: ....078274.....

Razón Social: ..SIGMA S R L.....

Cantidad de Beneficiarios: ...1.....

Firma: .....

Aclaración: .....

N° de documento: .....

Cargo: .....

Esta hoja debe retornar a Casa Central con los datos correspondientes dentro de las 48 horas posteriores a su recepción.

LA SEGUNDA
ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

LA SEGUNDA Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
CASA CENTRAL: Brig. Juan M. de Rosas 957, S2000CCE Rosario (SF)
Tel.: 0341 - 420 - 1000 / Fax: 0800 - 444 - 0159
CAPITAL FEDERAL: Av. Eduardo Madero 942 4° Piso, C1106ACW
Tel: 011 - 431 - 6500
Web site: http://www.lasegunda.com.ar

Rosario, **Julio de 2024**

Sr/Sres. **SIGMA S R L**
REMEDIOS DE ESCALADA 2156 PISO 0 MONOBLOCK DTO 1
(5519) CORONEL DORREGO-MZA
Contrato N°: 078274
C.U.I.T.: 30-70840015-3

Ref. Anexo Sistema de Ventanilla Electrónica - Resolución S.R.T. N° 365/2009

De nuestra mayor consideración:

Nos es grato dirigirnos a Ud. en esta oportunidad para referirnos al asunto de la referencia.

Al respecto les informamos que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo ha resuelto que los Empleadores quedan incluidos en el Sistema de Ventanilla Electrónica en todo lo referente al Sistema de Riesgos del Trabajo.

El ingreso de la Ventanilla Electrónica por parte de los Empleadores se efectuará a través del sitio oficial de la S.R.T. (http://www.srt.gov.ar). El método de validación para el ingreso será la Clave Fiscal instituida por la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.).

Trascribimos a Uds. el Anexo Sistema de Ventanilla Electrónica.

"El empleador asegurado queda incluido a partir de los TREINTA (30) DIAS corridos posteriores al vencimiento del plazo que corresponda a la categoría en que clasifiquen, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución que incluya a los empleadores en el "Sistema de Ventanilla Electrónica" dispuesto por la Resolución S.R.T. Nº 635/08. Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, la A.R.T., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L.) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente. A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gov.ar y seguir los pasos allí indicados.

El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de la Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P.

Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T. del EMPLEADOR no especifique un responsable de la Notificación Electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (A.F.I.P.)".

Los plazos en el que quedarán incluidos los empleadores serán de acuerdo al siguiente cronograma.

a) Empleadores con más de CIEN (100) trabajadores en relación de dependencia, dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la publicación de la presente en el Boletín Oficial de la República Argentina (fecha de vencimiento 20 de Junio de 2009);

b) Empleadores con DIEZ (10) a NOVENTA Y NUEVE (99) trabajadores en relación de dependencia, dentro de los NOVENTA (90) días corridos desde la fecha de publicación en el Boletín Oficial de la República Argentina (fecha de vencimiento 20 de Agosto de 2009); y

c) Empleadores con NUEVE (9) o menos trabajadores en relación de dependencia, dentro de los CIENTO CINCUENTA (150) días corridos desde la fecha de publicación en el Boletín Oficial de la República Argentina (fecha de vencimiento 20 de Octubre de 2009).

Por tal motivo y ante lo expuesto, es intención de la presente poner en v/conocimiento la situación presentada, dejando a Uds. debidamente notificados.

FIRMA.....

ACLARACIÓN.....

Tipo y N° de documento.....