Fidelitas SUPERVIELLE

Anexo I y DJ- Nómina del personal afectado al servicio

DECLARACIÓN DE PERSONAL AFECTADO AL SERVICIO BRINDADO A BANCO SUPERVIELLE S.A. ***PERIODO:*** **07/2024**

Empresa:	**Hardbar SA**	***Apellido y Nombre usuario:***	**Guadalupe Gonzalez**
CUIT	**30-70762327-2**	***Telefono:***	112-795-1281

Orden N*	Apellidos y Nombres (Ordenado alfabeticamente)	DNI N°	CUIL N°	Nacionalidad	Fecha Ingreso empresa (Contratista) dd/mm/aa	Fecha Ingreso a SUPERVILLE dd/mm/aa	Lugar físico donde se presta el servicio	Puesto/Perfil funcional
1	BAIGORRIA GERMAN MAXIMILIANO	41.105.332	20-41105332-7	Argentino	01/09/18	01/10/22	Mendez Pelayo 1542, Don Torcuato	PERSONAL AUXILIAR
2	BAIGORRIA RAFAEL LEONARDO	26.420.571	23-26420571-9	Argentino	02/05/06	01/10/22	Mendez Pelayo 1542, Don Torcuato	PERSONAL AUXILIAR

Firma del responsable:

Aclaracion **Mauricio Gustavo Barouille**

Cargo **Presidente**



Constancia Nro: 5130732

CONSTANCIA DE COBERTURA

Se deja constancia, por medio de la presente, que HARDBAR SA CUIT: 30707623272 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: 199010988201
Vigencia: Desde las doce horas del día 16/09/2024 y hasta las doce horas del dia 01/11/2024.

NÓMINA DEL PERSONAL

NÓMINA INFORMADA POR AFIP para el período 2023/10

N° CUIL - APELLIDO Y NOMBRE

20411053327	BAIGORRIA GERMAN MAXIMILIANO	23264205719	BAIGORRIA RAFAEL LEONARDO

Cantidad Total de Trabajadores: 2

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.