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:*** **08/2024**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***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.