Buenos Aires, viernes 20 de septiembre de 2024
Señores
PROCOPIAS S.R.L.
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 **PROCOPIAS S.R.L.,** contrato Nro. **126136**, Póliza Digital SRT Nro.**3238258**, C.U.I.T. **30708024518**, actividad **Venta al por menor de equipos, periféricos, accesorios y programas informáticos**, 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 septiembre de 2010 - 31 de julio de 2025**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **20 de octubre de 2024**.

**Nómina del personal cubierto:**

| | |
|---|---|
| 20215378927 | ALMADA PABLO ALBERTO |
| 20413922551 | ARILLA FRANCISCO MARTIN |
| 20405134765 | DANERI SANTIAGO NICOLAS |
| 20271704020 | KOZLOWSKI FEDERICO |
| 20401340263 | LEMA LUCAS GABRIEL |
| 20228606090 | MARTINEZ SIBELLA SERGIO ANDRES |
| 20344815225 | MIO HAIDAR CRISTIAN DAVID |
| 20141882342 | TORRES RUBEN HECTOR |
| 20185343414 | VIDAL PEDRO DANIEL |

**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: 60-137828-2647118.

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al teléfono 0800-222-7854.

Buenos Aires, viernes 20 de septiembre de 2024
Señores
PROCOPIAS S.R.L.
Presente

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

De nuestra consideración:

Atento a su requerimiento y a los fines de cumplimentar las necesidades de su compañía les informamos que:

a) Conste por la presente que SWISS MEDICAL ART S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra **AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA 30-50406520-7,** sus funcionarios, empleados, obreros y/o sus derechohabientes, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley Nº 24.557, sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de **PROCOPIAS S.R.L.,** amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº **126136**, Póliza Digital SRT Nro. **3238258**, por accidentes del trabajo, accidentes in itinere o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo. Esta **Cláusula de no repetición** cesará en sus efectos si el empresario 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 Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

b) El presente certificado tiene una vigencia de 30 días contados desde la fecha de emisión.

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

Código de autenticidad: 62-137828-2647140.

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al teléfono 0800-222-7854.