Buenos Aires, sábado 01 de marzo de 2025
Señores
FILE 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 **FILE S R L,** contrato Nro. **259350**, Póliza Digital SRT Nro.**5628126**, C.U.I.T. **30694674794**, actividad **Servicios de fotocopiado, preparación de documentos y otros servicios de apoyo de oficina**, 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 noviembre de 2024 - 31 de octubre de 2025**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **01 de abril de 2025**.

Nómina del personal cubierto:

20359271191	ESCOBAR MARCELO ALEJANDRO
20351837803	TURROS ROBERTO JONATHAN
20334612911	VIDELA MATIAS ARMANDO
20262971229	VILA WALTER FABIAN
20406610129	ALBARRACIN AGUILERA LUCAS MATIAS

Sonia Bonomi
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: 60-256326-2820961.

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

Buenos Aires, sábado 01 de marzo de 2025
Señores
FILE 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 **Banco Supervielle S.A CUIT 33500005179,** 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 **FILE S R L,** amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº **259350**, Póliza Digital SRT Nro. **5628126**, 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.

Sonia Bonomi
Gerente de Operaciones
SWISS MEDICAL ART S.A.

Código de autenticidad: 62-256326-2820951.

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