Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

**Póliza Nº: CO10-10-185386** Certificado Nº: **5386-9001-1** Endoso N°: **1**

**Tomador:**
HS-CONSULTING-LLC
SAENZ PEÑA ROQUE AVDA. PTE. 825 4 44
01035 CAPITAL FEDERAL
CIUDAD DE BS. AS.
CUIT/CUIL: 30714837636

**Productor-Asesor:**
DIRECTO DERISKING
**Matrícula SSN:** 0000000001

**Motivo del Endoso:**
REFACTURACION
**Reemplaza Póliza:** CO10-10-174558

**Fecha de Emisión:**
31/5/2025

**Vigencia:**
1/6/2025 - 30/4/2026

**Capital Asegurado por Persona:**
$1.632.576,00

**Prima Total:**
$0,205 mensuales por cada $1000.

**Cantidad de Personas Aseguradas:**
23

**Cobertura:**
Muerte por cualquier causa

**Capital Total Asegurado:**
37.549.248,00

**Moneda del contrato:**
PESOS

| | |
|---|---|
| Prima: **7.697,59** | Derecho de Emisión: **0,00** |
| Modalidad de Pago: MENSUAL | Forma de pago: PAGO ARCA |
| | Canal de cobro: CAJA COMPA#IA |
| Medio de pago: PA | |

EL PRESENTE SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO SE RIGE POR EL REGLAMENTO DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO APROBADO POR LA RESOLUCIÓN SSN NRO. 35.333. SE FIJA EL DÍA 1 COMO FECHA INICIAL DE ESTA PÓLIZA AL EFECTO DE ESTABLECER LOS ANIVERSARIOS SUCESIVOS. OBLIGACIONES DEL TOMADOR EMPLEADOR (ART. 11, 13 Y 18 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO): PAGAR LOS PREMIOS CORRESPONDIENTES A LA COBERTURA DEL SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO, EN FUNCIÓN A LA NOMINA DEL MES QUE DECLARA, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN EL VALOR DEL PREMIO VIGENTE , CON LAS MISMAS MODALIDADES, PLAZOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS PARA EL PAGO DE LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES CON DESTINO A LA SEGURIDAD SOCIAL (ART. 11). LA FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS EN EL PLAZO FIJADO PROVOCARA LA MORA EN FORMA AUTOMÁTICA Y LA SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA SIN NECESIDAD DE AVISO O INTIMACIÓN ALGUNA. LA COBERTURA SOLO SE REANUDARÁ A LAS 72 (SETENTA Y DOS) HORAS DE HABERSE ABONADO EL TOTAL DE LAS PRIMAS ADEUDADAS. LA COBERTURA SOLO PODRÁ SER REHABILITADA DENTRO DE LOS 60 (SESENTA) DÍAS DE LA FECHA DE SU SUSPENSIÓN. VENCIDO ESTE PLAZO, EL CONTRATO SE RESCINDIRÁ AUTOMÁTICAMENTE. LOS PAGOS REALIZADOS POR EL TOMADOR EMPLEADOR VENCIDO ESTE PLAZO NO DARÁN DERECHO A LA REHABILITACIÓN DEL CONTRATO (ART. 13). EL TOMADOR EMPLEADOR SERA DIRECTAMENTE RESPONSABLE POR EL PAGO DEL BENEFICIO ANTE LA FALTA DE CONCERTACIÓN DEL SEGURO, LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO POR FALTA DE PAGO O PAGO INSUFICIENTE DEL PREMIO Y LA CONSECUENTE RESCISIÓN EN SU CASO , HARÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO (ART.18). ACTUALIZAR LA NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO: EN NINGÚN CASO LA ASEGURADORA SERA RESPONSABLE DEL PAGO DEL BENEFICIO POR EL FALLECIMIENTO DE LOS TRABAJADORES QUE NO HUBIESEN SIDO DADOS DE ALTA EN LA NOMINA DEL TOMADOR EMPLEADOR ( ART. 11). EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR NO INCLUIDO EN LA NOMINA DE PERSONA, EL TOMADOR EMPLEADOR SERA DIRECTAMENTE RESPONSABLE DEL PAGO DEL BENEFICIO. CUANDO EL TEXTO DE LA PÓLIZA DIFIERA DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA, LA DIFERENCIA SE CONSIDERA APROBADA POR EL ASEGURADO SI NO RECLAMA DENTRO DE UN MES DE HABER RECIBIDO LA PÓLIZA.

*35634A074DD049C1F40A006F1018538 6/00**

LA PRESENTE PÓLIZA SE SUSCRIBE MEDIANTE FIRMA FACSIMILAR CONFORME LO PREVISTO EN EL PUNTO 7.8. DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



**Jorge Valencia**
Apoderado

ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR PROVEÍDO N° Res. SSN N° 25769 /98 y Res. SSN N° 38136/10.


Centro de Atención a Clientes
0800 555 9998
contactanos@galiciaseguros.com.ar
www.galiciaseguros.com.ar
GGAL Seguros S.A. CUIT:30-66322131-7
.
Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430. Piso 7 C1038AAJ Ciudad Autónoma de Bs.As. Buenos Aires Argentina

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-185386** Certificado Nº: **5386-9001-1** Endoso N°: **1**

## Servicio de Atención al Asegurado

La entidad aseguradora dispone de un **Servicio de Atención al Asegurado.**
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono **4114-8000 internos 8138/8165**. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.galiciaseguros.com.ar.**
En caso de reclamo ante la entidad aseguradora no resuelto o desestimado, podrá denunciarlo a través de argentina.gob.ar/ssn

Para consultas o reclamos, comunicarse con GGAL Seguros S.A. al 0800 555 9998.

Centro de Atención a Clientes
0800 555 9998
contactanos@galiciaseguros.com.ar
www.galiciaseguros.com.ar
GGAL Seguros S.A. CUIT:30-66322131-7
.
Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430. Piso 7 C1038AAJ Ciudad Autónoma de Bs.As. Buenos Aires Argentina

DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN LA RESOLUCIÓN 39766/16 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, LA SUMA ASEGURADA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO SERÁ EQUIVALENTE A LA DE 5,5 SALARIOS MÍNIMOS VITALES Y MÓVILES (SMVM). DICHA SUMA SE AJUSTARÁ ANUALMENTE CONFORME AL ÚLTIMO SMV PUBLICADO EN EL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. LA SUMA ASEGURADA QUE RESULTE DE LA ACTUALIZACIÓN ANUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1° DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE.

.

SEÑOR EMPLEADOR/ TOMADOR RECUERDE QUE UD. PUEDE REALIZAR CONSULTAS SOBRE SU PÓLIZA, INGRESANDO A: HTTPS://WWW.SEGUROSONLINE.HSBC.COM.AR Y REGISTRÁNDOSE COMO NUEVO USUARIO EN NUESTRO MICROSITIO. (RESOLUCIÓN 40629-E/2017 - SSN)

.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA SE CONSIDERARAN VALIDAS TODAS LAS DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS REALIZADAS POR LOS ASEGURADOS QUE EL TOMADOR PROVEA A ESTA ASEGURADORA DECLARANDO QUE ES LA ULTIMA DISPOSICION DE VOLUNTAD DEL ASEGURADO QUE OBRA EN SU PODER. EN CASO DE NO ENTREGARSE A ESTA ASEGURADORA DESIGNACION DE BENEFICIARIO/S O SI POR CAUSA LA DESIGNACION SE TORNARA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO, SE ESTARÁ A LO REGLADO POR LOS ARTICULOS 53° Y 54° DE LA LEY Nº 24.241.

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-185386** Certificado Nº: **5386-9001-1** Endoso N°: **1**

**Tomador:**
HS-CONSULTING-LLC

**Fecha de emisión del Certificado/Endoso:**
31-5-2025

**Motivo del Endoso**

Por medio de la presente, se deja constancia que la/s persona/s que se detallan al pie, se encuentran aseguradas en nuestra Compañía en el ramo de Vida Colectivo con vigencia **1-6-2025** al **30-4-2026**

| Nóminas Dadas de Alta | Fecha Nacimiento | Capital Asegurado | CUIL/Documento |
|---|---|---|---|
| ALEGRE , ROBERTO FEDERICO | | | 20354383870 |
| BERNAUS , ANDRES | | | 23346483989 |
| CACERES , CARRIEL ESMIR ANDRES | | | 20957600981 |
| CARRANZANI , GIANINA LOURDES | | | 27378117521 |
| CASTRO , ANDREA VANESA | | | 27316943166 |
| CUCCARO , URIEL LAUTARO | | | 20462856378 |
| DE , LA TORRE MARIELA YANINA | | | 27296358105 |
| FARAZ , JUAN PEDRO | | | 20347565270 |
| GUILLEN , GUSTAVO FABIAN | | | 20398812647 |
| KAPRIELIAN , MARIA SIL VIA | | | 27228276729 |
| LEIVA , ANDREA | | | 27335715301 |
| LONGO , CLAUDIA ALEJANDRA | | | 27226531152 |
| MANCO , FEDERICO RODRIGO | | | 20367219107 |
| MARTIN , AGUSTINA MARIA | | | 27456853973 |
| MARTIN , ARREDONDO JONATAN MATIAS | | | 20310657264 |
| MIRA , ALEJANDRO DANIEL | | | 23135669369 |
| OLIVERA , MARIANO | | | 20245166304 |
| RAMOS , MARCELA VALENTINA | | | 27216345075 |
| SAADJIAN , HELENA | | | 27170310603 |
| SANCHEZ , NANCY VANESA | | | 27316512440 |
| SOTO , SOLANGE ESTEFANIA | | | 27343387291 |
| VIDAL , ADANO IGNACIO JAVIER | | | 23389927139 |
| ZALAZAR , EXEQUIEL REINALDO | | | 20381221955 |

Centro de Atención a Clientes
0800 555 9998
contactanos@galiciaseguros.com.ar
www.galiciaseguros.com.ar
GGAL Seguros S.A. CUIT:30-66322131-7
.
Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430. Piso 7 C1038AAJ Ciudad Autónoma de Bs.As. Buenos Aires Argentina

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-185386** Certificado Nº: **5386-9001-1** Endoso N°: **1**

| **Nóminas dadas de alta:** | **Nóminas dadas de baja:** | **Total Capitas Nominadas:** |
|---|---|---|
| 000000023 | 000000000 | 000000023 |

**Total Capitas de la Operación:**
+23

Este certificado fue impreso en Capital Federal el **20 de JUNIO de 2025**

Centro de Atención a Clientes
0800 555 9998
contactanos@galiciaseguros.com.ar
www.galiciaseguros.com.ar
GGAL Seguros S.A. CUIT:30-66322131-7
.
Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430. Piso 7 C1038AAJ Ciudad Autónoma de Bs.As. Buenos Aires Argentina

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

**Póliza Nº: CO10-10-185386** **Certificado Nº: 5386-9001-1** **Endoso N°: 4**

**Tomador:**
HS-CONSULTING-LLC
SAENZ PEÑA ROQUE AVDA. PTE. 825 4 44
01035 CAPITAL FEDERAL
CIUDAD DE BS. AS.
CUIT/CUIL: 30714837636

**Productor-Asesor:**
DIRECTO DERISKING
**Matrícula SSN:** 0000000001

**Motivo del Endoso:**
REFACTURACION
**Reemplaza Póliza:**

**Fecha de Emisión:**
31/8/2025

**Vigencia:**
1/9/2025 - 30/4/2026

**Capital Asegurado por Persona:**
$1.632.576,00

**Prima Total:**
$0,205 mensuales por cada $1000.

**Cantidad de Personas Aseguradas:**
21

**Cobertura:**
Muerte por cualquier causa

**Capital Total Asegurado:**
34.284.096,00

**Moneda del contrato:**
PESOS

| | |
|---|---|
| Prima: **7.028,23** | Derecho de Emisión: **0,00** |
| Modalidad de Pago: MENSUAL | Forma de pago: PAGO ARCA |
| | Canal de cobro: CAJA COMPA#IA |
| Medio de pago: PA | |

EL PRESENTE SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO SE RIGE POR EL REGLAMENTO DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO APROBADO POR LA RESOLUCIÓN SSN NRO. 35.333. SE FIJA EL DÍA 1 COMO FECHA INICIAL DE ESTA PÓLIZA AL EFECTO DE ESTABLECER LOS ANIVERSARIOS SUCESIVOS. OBLIGACIONES DEL TOMADOR EMPLEADOR (ART. 11, 13 Y 18 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO): PAGAR LOS PREMIOS CORRESPONDIENTES A LA COBERTURA DEL SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO, EN FUNCIÓN A LA NOMINA DEL MES QUE DECLARA, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN EL VALOR DEL PREMIO VIGENTE , CON LAS MISMAS MODALIDADES, PLAZOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS PARA EL PAGO DE LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES CON DESTINO A LA SEGURIDAD SOCIAL (ART. 11). LA FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS EN EL PLAZO FIJADO PROVOCARA LA MORA EN FORMA AUTOMÁTICA Y LA SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA SIN NECESIDAD DE AVISO O INTIMACIÓN ALGUNA. LA COBERTURA SOLO SE REANUDARÁ A LAS 72 (SETENTA Y DOS) HORAS DE HABERSE ABONADO EL TOTAL DE LAS PRIMAS ADEUDADAS. LA COBERTURA SOLO PODRÁ SER REHABILITADA DENTRO DE LOS 60 (SESENTA) DÍAS DE LA FECHA DE SU SUSPENSIÓN. VENCIDO ESTE PLAZO, EL CONTRATO SE RESCINDIRÁ AUTOMÁTICAMENTE. LOS PAGOS REALIZADOS POR EL TOMADOR EMPLEADOR VENCIDO ESTE PLAZO NO DARÁN DERECHO A LA REHABILITACIÓN DEL CONTRATO (ART. 13). EL TOMADOR EMPLEADOR SERA DIRECTAMENTE RESPONSABLE POR EL PAGO DEL BENEFICIO ANTE LA FALTA DE CONCERTACIÓN DEL SEGURO, LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO POR FALTA DE PAGO O PAGO INSUFICIENTE DEL PREMIO Y LA CONSECUENTE RESCISIÓN EN SU CASO , HARÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO (ART.18). ACTUALIZAR LA NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO: EN NINGÚN CASO LA ASEGURADORA SERA RESPONSABLE DEL PAGO DEL BENEFICIO POR EL FALLECIMIENTO DE LOS TRABAJADORES QUE NO HUBIESEN SIDO DADOS DE ALTA EN LA NOMINA DEL TOMADOR EMPLEADOR ( ART. 11). EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR NO INCLUIDO EN LA NOMINA DE PERSONA, EL TOMADOR EMPLEADOR SERA DIRECTAMENTE RESPONSABLE DEL PAGO DEL BENEFICIO. CUANDO EL TEXTO DE LA PÓLIZA DIFIERA DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA, LA DIFERENCIA SE CONSIDERA APROBADA POR EL ASEGURADO SI NO RECLAMA DENTRO DE UN MES DE HABER RECIBIDO LA PÓLIZA.




LA PRESENTE PÓLIZA SE SUSCRIBE MEDIANTE FIRMA FACSIMILAR CONFORME LO PREVISTO EN EL PUNTO 7.8. DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



**Jorge Valencia**
Apoderado

ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR PROVEÍDO N° Res. SSN N° 25769 /98 y Res. SSN N° 38136/10.

Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Gala por WhatsApp** (+54 9 11 4439 8558) y si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Laia por WhatsApp** (+54 9 11 3254 8281).

HSBC SEGUROS DE VIDA (ARGENTINA) S.A.
CUIT 30-66322131-7 (nueva denominación
GGAL Seguros S.A. en trámite de aprobación)

02-6000-EXPEDIENTE

Centro de Atención a Clientes

0800 555 9998 | contactanos@galiciaseguros.com.ar | www.galiciaseguros.com.ar

GGAL Seguros S.A. CUIT:30-66322131-7

Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430. Piso 7 C1038AAJ Ciudad Autónoma de Bs.As. Buenos Aires Argentina

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-185386** Certificado Nº: **5386-9001-1** Endoso N°: **4**

## Servicio de Atención al Asegurado

La entidad aseguradora dispone de un **Servicio de Atención al Asegurado.**
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono **4114-8000 internos 8138/8165**. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.galiciaseguros.com.ar.**
En caso de reclamo ante la entidad aseguradora no resuelto o desestimado, podrá denunciarlo a través de argentina.gob.ar/ssn

Para consultas o reclamos, comunicarse con GGAL Seguros S.A. al 0800 555 9998.

DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN LA RESOLUCIÓN 39766/16 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, LA SUMA ASEGURADA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO SERÁ EQUIVALENTE A LA DE 5,5 SALARIOS MÍNIMOS VITALES Y MÓVILES (SMVM). DICHA SUMA SE AJUSTARÁ ANUALMENTE CONFORME AL ÚLTIMO SMV PUBLICADO EN EL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. LA SUMA ASEGURADA QUE RESULTE DE LA ACTUALIZACIÓN ANUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1° DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE.

.

SEÑOR EMPLEADOR/ TOMADOR RECUERDE QUE UD. PUEDE REALIZAR CONSULTAS SOBRE SU PÓLIZA, INGRESANDO A: SEGUROSONLINE.GALICIASEGUROS.COM.AR Y REGISTRÁNDOSE COMO NUEVO USUARIO EN NUESTRO MICROSITIO. (RESOLUCIÓN 40629-E/2017 - SSN)

.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA SE CONSIDERARAN VALIDAS TODAS LAS DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS REALIZADAS POR LOS ASEGURADOS QUE EL TOMADOR PROVEA A ESTA ASEGURADORA DECLARANDO QUE ES LA ULTIMA DISPOSICION DE VOLUNTAD DEL ASEGURADO QUE OBRA EN SU PODER. EN CASO DE NO ENTREGARSE A ESTA ASEGURADORA DESIGNACION DE BENEFICIARIO/S O SI POR CAUSA LA DESIGNACION SE TORNARA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO, SE ESTARÁ A LO REGLADO POR LOS ARTICULOS 53° Y 54° DE LA LEY Nº 24.241.

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-185386** Certificado Nº: **5386-9001-1** Endoso N°: **4**

**Tomador:**
HS-CONSULTING-LLC

**Fecha de emisión del Certificado/Endoso:**
31-8-2025

**Motivo del Endoso**

Por medio de la presente, se deja constancia que la/s persona/s que se detallan al pie, se encuentran aseguradas en nuestra Compañía en el ramo de Vida Colectivo con vigencia **1-9-2025** al **30-4-2026**

| Nóminas Dadas de Alta | Fecha Nacimiento | Capital Asegurado | CUIL/Documento |
|---|---|---|---|
| CUGLIARI , RUBEN OMAR | | | 20232342480 |
| MARTIN , ARREDONDO JONATAN MATIAS | | | 20310657264 |
| MEDINA , JOSE LUIS | | | 20312520002 |
| FARAZ , JUAN PEDRO | | | 20347565270 |
| ALEGRE , ROBERTO FEDERICO | | | 20354383870 |
| MANCO , FEDERICO RODRIGO | | | 20367219107 |
| ZALAZAR , EXEQUIEL REINALDO | | | 20381221955 |
| GUILLEN , GUSTAVO FABIAN | | | 20398812647 |
| CACERES , CARRIEL ESMIR ANDRES | | | 20957600981 |
| MIRA , ALEJANDRO DANIEL | | | 23135669369 |
| BERNAUS , ANDRES | | | 23346483989 |
| VIDAL , ADANO IGNACIO JAVIER | | | 23389927139 |
| SAADJIAN , HELENA | | | 27170310603 |
| RAMOS , MARCELA VALENTINA | | | 27216345075 |
| LONGO , CLAUDIA ALEJANDRA | | | 27226531152 |
| KAPRIELIAN , MARIA SIL VIA | | | 27228276729 |
| DE , LA TORRE MARIELA YANINA | | | 27296358105 |
| SANCHEZ , NANCY VANESA | | | 27316512440 |
| LEIVA , ANDREA | | | 27335715301 |
| SOTO , SOLANGE ESTEFANIA | | | 27343387291 |
| CARRANZANI , GIANINA LOURDES | | | 27378117521 |
| MARTIN , AGUSTINA MARIA | | | 27456853973 |

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-185386** Certificado Nº: **5386-9001-1** Endoso N°: **4**

| Nóminas dadas de alta: | Nóminas dadas de baja: | Total Capitas Nominadas: |
|---|---|---|
| 000000022 | 000000000 | 000000022 |

**Total Capitas de la Operación:**
+21

Este certificado fue impreso en Capital Federal el **4 de SEPTIEMBRE de 2025**