Buenos Aires, martes 7 de abril de 2026
Señores
CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I
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 **CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I,** contrato Nro. **142775**, Póliza Digital SRT Nro. **3281839**, C.U.I.T. **30641783613**, actividad **Venta al por menor de productos farmacéuticos y de herboristería**, 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 febrero de 2014 - 31 de enero de 2027**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **7 de mayo de 2026**.

Nómina del personal cubierto:

27252167744	BUFFONI ALMEIDA MARIANA INES
27388460240	ESPINOLA NOELIA ELIZABETH
27334467576	GRISARO AGUSTINA

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: 60-145770-3470337.

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

Buenos Aires, martes 7 de abril de 2026
Señores
CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I
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 **Asociación Civil Educativa Escocesa SanAndrés (CUIT 30-52982680-6) ,** 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 **CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I,** amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº **142775**, Póliza Digital SRT Nro. **3281839**, 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: 62-145770-3470412.

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

Buenos Aires, martes 14 de abril de 2026
Señores
CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I
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 **Asociación Civil Educativa Escocesa SanAndrés (CUIT 30-52982680-6) ,** 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 **CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I,** amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº **142775**, Póliza Digital SRT Nro. **3281839**, 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: 62-145770-3482478.

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

Buenos Aires, martes 14 de abril de 2026
Señores
CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I
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 **CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I,** contrato Nro. **142775**, Póliza Digital SRT Nro. **3281839**, C.U.I.T. **30641783613**, actividad **Venta al por menor de productos farmacéuticos y de herboristería**, 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 febrero de 2014 - 31 de enero de 2027**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **14 de mayo de 2026**.

Nómina del personal cubierto:

27417810191 GUILMAN MARIA TRINIDAD

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: 60-145770-3482477.

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

Galicia Seguros

Nº de Póliza: CO10-10-187735

Vigencia: 1/4/2026 al 30/9/2026

Tomador: CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S.A.

CUIT/CUIL: 30641783613

Domicilio: AVDA SANTA FE 2856
01425 CIUDAD DE BS. AS. CAPITAL FEDERAL

Detalle del Personal Asegurado:

CUIT/CUIL	APELLIDO	NOMBRE
27417810191	GUILMAN	MARIA TRINIDAD

Edad Fin de Cobertura:
• Siempre que el asegurado mantenga la relación de dependencia.

Coberturas:
• Muerte por cualquier causa.

Suma Asegurada
La suma asegurada es fijada por resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación, siendo en la actualidad de $2.071.300,00.

Para ser presentado ante

_ _

Comunicación al Asegurado

El asegurado que se identifica en esta "Constancia de cobertura" tendrá derecho de solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.

La validez del presente certificado de cobertura se encuentra condicionado a:

• La presentación en el plazo previsto en la póliza por parte del tomador, de la lista de asegurados detallada en el presente certificado;
• Pago de la prima correspondiente en debido tiempo por parte del tomador.
• La póliza mantiene la vigencia mientras subsista la relación con el tomador habida al momento de la contratación.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído N° Res. SSN N° 25769 /98 y Res. SSN N° 38136/10.

Galicia Seguros



Jorge Valencia
Apoderado
Galicia Seguros
Póliza emitida por GGAL Seguros S.A.

14 de ABRIL de 2026.

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 que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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** o por correo electrónico a **consultas@ssn.gob.ar**

Buenos Aires, martes 14 de abril de 2026
Señores
CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I
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 **Asociación Civil Educativa Escocesa SanAndrés (CUIT 30-52982680-6) ,** 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 **CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I,** amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº **142775**, Póliza Digital SRT Nro. **3281839**, 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: 62-145770-3482478.

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

Buenos Aires, martes 14 de abril de 2026
Señores
CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I
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 **CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I,** contrato Nro. **142775**, Póliza Digital SRT Nro. **3281839**, C.U.I.T. **30641783613**, actividad **Venta al por menor de productos farmacéuticos y de herboristería**, 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 febrero de 2014 - 31 de enero de 2027**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **14 de mayo de 2026**.

Nómina del personal cubierto:

27417810191 GUILMAN MARIA TRINIDAD

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: 60-145770-3482477.

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

Buenos Aires, miércoles 15 de abril de 2026
Señores
CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I
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 **CENTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS S A C E I,** contrato Nro. **142775**, Póliza Digital SRT Nro. **3281839**, C.U.I.T. **30641783613**, actividad **Venta al por menor de productos farmacéuticos y de herboristería**, 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 febrero de 2014 - 31 de enero de 2027**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **15 de mayo de 2026**.

Nómina del personal cubierto:

27367856292 OLGUIN YAMILA MARIEL

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: 60-145770-3483918.

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