# Sindicato Empleados de Comercio

## Declaración Mensual de Aportes DEFINITIVA

| | | |
|---|---|---|
| **C.U.I.T.:** 30715152904 | **Período:** 2026 /09 | **Secuencia:** 00 - Original |
| | | **Tipo P.M.A.:** Nomina completa |

### Datos Generales

| | |
|---|---|
| **Razón Social:** | QUEVEDO PAEZ SH |
| **Domicilio:** | SARMIENTO 1714 1 G |
| **Actividad:** | 620100-Servicios de consultores en informática y suministros de programas de informática |

### Otros Datos

| Empleados en Nómina | Afiliados | Descuento por Planilla |
|---|---|---|
| 3 | 0 | NO |

| | | |
|---|---|---|
| | **Remuneración Total** | 8,718,700.04 |
| | | |
| | **Aportes a Ingresar al Sindicato de Empleados de Comercio, según P.M.A** | |
| | | |
| | **Aporte Sindical (2%)** | 174,374.00 |
| | **Cuota Sindical** | 0.00 |
| | **Intereses Resarcitorios** | 0.00 |
| | | |
| | **Monto Total a Pagar** | 174,374.00 |

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880



# VIDA OBLIGATORIO

**Datos del Tomador**

| Contratado por | Póliza Nº | Endoso Nº | Inicio Vigencia Póliza | Fin Vigencia Póliza |
|---|---|---|---|---|
| QUEVEDO GUSTAVO NAHUEL Y PAEZ EZEQUIEL ALEJANDRO | 00066347 | 00000000 | 01/06/2026 | 01/06/2027 |

Dirección: SARMIENTO 1714
1042 - CIUDAD DE BUENOS AIRES, CAPITAL FEDERAL

CUIT
30715152904

**Tipo de Póliza:** VIDA OBLIGATORIO

| Detalle de las Coberturas | Capital Asegurado Total | Edad Máxima de cobertura |
|---|---|---|
| MUERTE | $ 2.071.300,00 | 0 |

| Datos Personales de Asegurado/s | Tipo y Nº de Documento | Suma Asegurada (*) | |
|---|---|---|---|
| NIETO LEANDRO | CUIL 20364043067 | 2.071.300,00 | Titular |

**(*) de la cobertura principal**

**Emitido en CIUDAD DE BUENOS AIRES, 13 de Agosto de 2026**

Advertencia:
Cobertura de los dependientes. Se deja claramente establecido que solo quedarán cubiertos bajo este seguro los empleados en relación de dependencia con el tomador que, al momento del siniestro, se encuentren dados de alta en el SUSS.

Señor asegurado: designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea, puede implicar demoras en la liquidación del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para ser presentado ante quien corresponda. Tendrá validez únicamente por 30 días corridos a partir de la fecha de emisión del mismo.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74
Para consultas o reclamos, comunicarse con Experta Seguros S.A.U. al 0800-777-7278
Importante: 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.
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 0800-777-7278. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.experta.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

Juan Pablo Charlot
Apoderado

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 6125826

Lugar y Fecha: CIUDAD DE BUENOS AIRES, 22/10/2026

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: QUEVEDO GUSTAVO NAHUEL Y PAEZ EZEQUIEL ALEJANDRO
Domicilio: SARMIENTO 1714
Localidad: CIUDAD DE BUENOS AIRES Provincia: CAPITAL FEDERAL
CUIT: 30715152904
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 23 66347
**Vigencia:** desde 01/06/2026
hasta 01/06/2027

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | |
|---|---|
| MUERTE | $ 2.071.300,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| NIETO LEANDRO | CUIL 20364043067 | 20364043067 | 01/06/2026 - 01/06/2027 |

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite del cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito, sin ninguna otra formalidad.

Para consultas o reclamos, comunicarse con Experta Seguros S.A.U. al 0800-777-7278
Importante: 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.
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 0800-777-7278. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.experta.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

Juan Pablo Charlot
Apoderado

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.