

Buenos Aires, Martes 24 de Enero de 2012

Señores

ASCENSORES GERHARDT S.H.

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 ASCENSORES GERHARDT S.H., contrato Nro. 59026, C.U.I.T. 30-68371636-3, actividad Fabricación de equipo de elevación y manipulación (Incluye la fabricación de ascensores, escaleras mecánicas, montacargas, etc.), 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 Mayo de 2003 - 30 de Abril de 2012

El presente certificado tendrá validez hasta el 24 de Febrero de 2012

Nómina del personal cubierto:

20229658965 CRUZ PABLO GUSTAVO

20347380114 LEZCANO SEBASTIAN ANIBAL

20299059740 SALVATIERRA CRISTIAN CIRO



Pedro Pocard

Director Técnico

Liberty Seguros Argentina

La presente nómina se confirmará con los CUIL declarados con el pago de las cargas sociales del mes en curso.

Código de autenticidad: 60-69265-1708224

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro Liberty de Atención al Cliente al teléfono 4346-0444 o desde el interior del país al 0-800-222-7854.



931

Declaración Jurada en
Pesos con centavos
S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

| | |
|----------------------|----------------------------|
| C.U.I.T. | 30-68371636-3 |
| Mes - Año | Orig. (0) - Rect. (1/9): 0 |
| 12/2011 | Servicios Eventuales: No |
| Empleados en nómina: | 3 |
| Suma de Rem. 1: | 13.267,34 |
| Suma de Rem. 2: | 13.267,34 |
| Suma de Rem. 3: | 13.267,34 |
| Suma de Rem. 4: | 13.267,34 |
| Suma de Rem. 5: | 13.267,34 |
| Suma de Rem. 6: | 0,00 |
| Suma de Rem. 7: | 0,00 |
| Suma de Rem. 8: | 13.267,34 |
| Suma de Rem. 9: | 13.267,34 |

Apellido y Nombre o Razón Social:

Nro.
Verificador:

ASCENSORES GERHARDT DE LIFSCHITZ MARIA C GERHARDT FEDREICO
Y GERHARDT M S H 070786

Domicilio Fiscal: LOPE DE VEGA AV. 2405 CAPITAL FEDERAL

V 3500

| I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL | | II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES | |
|---|-----------------|---|---------------|
| a1 - Total de aportes | 1.917,12 | a1 - Total de aportes | 338,32 |
| a2 - Aportes a favor | 0,00 | a2 - Aportes a favor | 0,00 |
| a3 - Aportes S.S. a pagar | 1.917,12 | a3 - Aportes O.S. a pagar | 338,32 |
| b - Asignaciones familiares pagadas | 0,00 | b1 - Total de contribuciones | 676,63 |
| b1 - Total de contribuciones | 2.374,86 | b2 - Excedentes de contribuciones a favor | 0,00 |
| b2 - Asignaciones compensadas | 0,00 | | |
| b3 - Excedentes de contribuciones a favor | 0,00 | Subtotal contribuciones O.S. | 676,63 |
| | | Retenciones | 97,69 |
| Subtotal contribuciones S.S. | 2.374,86 | Contribuciones O.S. a pagar | 578,94 |
| Retenciones | 342,88 | | |
| Contribuciones S.S. a pagar | 2.031,98 | | |

| III - RETENCIONES | | IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS | |
|--|--------|--|-------------|
| Saldo retenciones período anterior | 0,00 | Monto base de cálculo | 0,00 |
| Retenciones del período | 440,57 | Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar | 0,00 |
| Total retenciones | 440,57 | Percepciones de Vales Aliment. | 0,00 |
| | | | |
| Retenciones aplicadas a Seguridad Social | 342,88 | | |
| Retenciones aplicadas a Obra Social | 97,69 | V - RENATRE | |
| Saldo de retenciones a periodo futuro | 0,00 | Total Contribuciones RENATRE | 0,00 |

| VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO | | VII - SEGURO DE VIDA | |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------|-------------|
| Cantidad de CUILES con ART | 3 1,80 | Cuiles c/S.C.V.O. - Prima | 2 - 4,92 |
| Remun. con ART | 13.267,34 1.150,27 | Costo Emisión: | 0,00 |
| L.R.T. total a pagar | 1.152,07 | S.C.V.O. a Pagar: | 4,92 |

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde Porcentaje: 0,00 Resultado: 0,00

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

| | | | |
|--|-----------------|---|-----------------|
| 351 - Contribuciones de Seguridad Social | 2.031,98 | 302 - Aportes de Obra Social | 338,32 |
| 301 - Aportes de Seguridad Social | 1.917,12 | 270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos | 0,00 |
| 360 - Contribuciones RENATRE | 0,00 | 312 - L.R.T. | 1.152,07 |
| 352 - Contribuciones de Obra Social | 578,94 | 028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio | 4,92 |

Forma de Pago: **Efectivo**



**Presentación de DJ por Internet
Acuse de recibo de DJ**

Organismo Recaudador: AFIP
 Formulario: 931 v3500 - EMPLEADOR DJ MENSUAL
 CUIT: 30-68371636-3
 Impuesto: 301 - APORTES SEGURIDAD SOCIAL
 Concepto: 19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
 Subconcepto: 19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
 Período: 2011-12
 Nro. verificador: 70786
 Cantidad de registros: 112

Fecha de Presentación: 2012-01-04 Hora: 19:35:27
 Nro. de Transacción: 245366481
 Código de Control: zIDN7a
 Usuario autenticado por: AFIP (ClaveFiscal)
 Presentada por el Usuario: 27044553096

[070786F0931.4ce55b91bfcd3d734b2eff8a113664f.b64]

Verificador de integridad (algoritmo MD5)
 [4ce55b91bfcd3d734b2eff8a113664f]

Código de barras para pagar en bancos y lugares habilitados



19313068371636300030112110

Conserve este Acuse de Recibo como comprobante de presentación

Datos sujetos a verificación

SANTANDER RÍO
 5 ENE 2012
 SANTANDER RIO
 124040 CAJA
 REGISTRO DE SUSS - EMPLEADORES

Sucursal: 058 - BEIRO
 AV. FCO. BEIRO 5248

Term.: 0010 Lote: 000000 Trans: 0002

Fecha: 05/01/2012 Horas: 14:04

C.U.I.T.: 30-68371636-3 Establ: 00

Cod. Oper.: 1-0-019-2-0 Cpto: 019

Pago DJ

Periodo: 12/2011

| | | |
|--------------------------|-----------|-----------------|
| 351 Contrib. Seg. Social | \$ | 2.031,98 |
| 301 Aporte Seg. Social | \$ | 1.917,12 |
| 352 Contrib. Obra Social | \$ | 578,94 |
| 302 Aporte Obra Social | \$ | 338,32 |
| 312 L.R.T. | \$ | 1.152,07 |
| 270 Ley 24.700 Art. 4 | \$ | 0,00 |
| 360 Contrib. Renatre | \$ | 0,00 |
| 028 Seg. de Vida Colec. | \$ | 4,92 |
| Total | \$ | 6.023,35 |

Forma de pago:
 Efectivo Pesos 6.023,35
 IMPORTE TOTAL 6.023,35

Form. 1931 (VOLANTE) Ctrl: 3895

TICKET VALIDO SOLO CON SELLO DE CAJA

Ud. fue atendido por: ANDREA RIVAS

058 05/01/2012 14:04:24 S_10

**CERTIFICADO DE COBERTURA**

Póliza Anterior: 1333055

| VIGENCIA | | CONDICIONES PARTICULARES | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------|-------------|--------|------------|
| DESDE | HASTA | TERMINO | CLIENTE NRO. | POLIZA Nro. | ENDOSO | FE EMISION |
| 14-11-2011 Desde 12:00 Hs. | 16-10-2012 Hasta 12:00 Hs. | 337 Dias | 1274974 | 1666821 | 2 | 15-11-2011 |

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

Nombre y Apellido: ASCENSORES GERHARDT SOCIEDAD DE Cond.IVÁ: INSCRIPTO
Domicilio: AV. LOPE DE VEGA N° 2405 Localidad CAPITAL FEDERAL

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA*** RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):****SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|----|------------|
| 010 MUERTE ACCIDENTAL | \$ | 230,000.00 |
| 020 INVALIDEZ | \$ | 230,000.00 |
| 050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | \$ | 15,000.00 |

ACTIVIDAD: REPARACION DE ASCENSORES.-

CLAUSULA DE NO REPETICION (No Subrogación).

Esta Aseguradora se obliga a mantener indemne las personas o empresas que se mencionan mas abajo; dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados.-

PERSONAS Y/O EMPRESAS:

BCO CIUDAD DE BS AS - 30-89903208-3

CONTRACT RENT S.A. - 30-89775033-8

CLUSELLA LUCAS - 20-26632633-8

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO COLECTIVO (III)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

- a- Tomador: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador y que posee un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro.
b- Asegurado: son todas aquellas personas que forman parte del grupo regido por el Tomador, designadas como "Asegurado Titular" en el respectivo Certificado de Incorporación. También el término Asegurado comprende al grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado, a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.
c- Certificado de Incorporación: es el documento que emite el Asegurador a favor de cada uno de los Asegurados Titulares que conforman este Seguro Colectivo y que exterioriza y prueba la incorporación de este último, y su grupo familiar en caso de corresponder, a la Póliza contratada por el Tomador. En este documento constan las prestaciones que la Póliza otorga a cada Asegurado con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales y en las respectivas Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales.

Cláusula 2: Obligaciones del Tomador

A los efectos del presente seguro, el Tomador se compromete a:

- Denunciar al Asegurador todo Accidente presumiblemente cubierto por esta Póliza.
- Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados.
- Hacer entrega a los Asegurados de los Certificados de Incorporación emitidos por el Asegurador.
- Denunciar al Asegurador las agravaciones / modificaciones del riesgo asumido.

El Asegurador podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

Cláusula 3: Variación del Grupo Asegurado

De acuerdo a lo establecido en la Cláusula precedente, el Tomador está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.

Para el caso de las personas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de ingreso con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este contrato, el seguro registrará a partir de las doce (12) horas del día siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de ingreso al seguro.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como Asegurado, ya sea desde la fecha de aceptación en el caso de incorporaciones o bien desde la fecha de exclusión en el caso de bajas de Asegurados.

Cláusula 4: Terminación de la Cobertura Individual

La cobertura individual de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en cualquiera de los siguientes casos (el que ocurra primero):

- por cumplir el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
- por rescisión o caducidad de la Póliza.
- por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional.
- por rescisión o caducidad del Certificado de Incorporación.
- por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
- por fallecimiento del Asegurado.
- en el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definida en la respectiva Cláusula Adicional.

*** ASEGURADO: QUAGLIA ANGEL - DOCUMENTO: DNI 14120327 - FE NACIMIENTO: 01-01-1990**

Ocupacion ASCENSORES - REPARACION (Categ. 4) Nombre Beneficiario CONTRATANTE/TOMADOR
Cantidad De Personas 1

**CERTIFICADO DE COBERTURA**

| VIGENCIA | | CONDICIONES PARTICULARES | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------|-------------|--------|------------|
| DESDE | HASTA | TERMINO | CLIENTE NRO. | POLIZA Nro. | ENDOSO | FE EMISION |
| 14-11-2011 Desde 12:00 Hs. | 16-10-2012 Hasta 12:00 Hs. | 337 Dias | 1274974 | 1666821 | 2 | 15-11-2011 |

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

Nombre y Apellido: ASCENSORES GERHARDT SOCIEDAD DE Cond.IVA:INSCRIPTO
 Domicilio: AV. LOPE DE VEGA N° 2405 Localidad CAPITAL FEDERAL

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* **ASEGURADO:** MIGUEL RODRIGUEZ - DOCUMENTO: DNI 23323752 - FE NACIMIENTO: 01-01-1990
 Ocupacion ASCENSORES - REPARACION (Categ. 4) Nombre Beneficiario CONTRATANTE/TOMADOR
 Cantidad De Personas 1

* **ASEGURADO:** GERHARDT MAXIMILIANO HORACIO - DOCUMENTO: DNI 23176258 - FE NACIMIENTO: 01-01-1990
 Ocupacion ASCENSORES - REPARACION (Categ. 4) Nombre Beneficiario CONTRATANTE/TOMADOR
 Cantidad De Personas 1

* **ASEGURADO:** GERHARDT FEDERICO HERNAN - DOCUMENTO: DNI 20185660 - FE NACIMIENTO: 01-01-1990
 Ocupacion ASCENSORES - REPARACION (Categ. 4) Nombre Beneficiario CONTRATANTE/TOMADOR
 Cantidad De Personas 1

* **ASEGURADO:** CARDOZO JOSE - DOCUMENTO: DNI 8464245 - FE NACIMIENTO: 19-03-1951
 Ocupacion ASCENSORES - REPARACION (Categ. 4) Cantidad De Personas 1

* **ASEGURADO:** MENDEZ ADOLFO EVANGELISTA - DOCUMENTO: DNI 12926910 - FE NACIMIENTO: 25-04-1959
 Ocupacion ASCENSORES - REPARACION (Categ. 4) Cantidad De Personas 1

* **ASEGURADO:** ALTIERI DANIEL - DOCUMENTO: DNI 18313623 - FE NACIMIENTO: 21-07-1966
 Ocupacion ASCENSORES - REPARACION (Categ. 4) Cantidad De Personas 1

Cantidad: 7

Se extiende el presente certificado en la ciudad de BUENOS AIRES, a los 06 dias del mes de DICIEMBRE de 2011, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

IMPORTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A Oponer LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

Ag: 3 Org: Prod: 6048


Gerente General

Usuario: SAGUIRE
Hoja 2 de 2

Buenos Aires, Martes 13 de Diciembre de 2011

Señores

ASCENSORES GERHARDT S.H.

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 Liberty ART S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra **Exolgan SA**, sus funcionarios, empleados, obreros y/o sus derechohabientes, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley N° 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 **ASCENSORES GERHARDT S.H.**, amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación N° 59026, 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 N° 19.587; su Decreto Reglamentario N° 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.



Pedro Pocard
Director Técnico

Liberty Seguros Argentina

Código de autenticidad: 62-69265-1669299

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro Liberty de Atención al Cliente al teléfono 4346-0444 o desde el interior del país al 0-800-222-7854.

Buenos Aires, Martes 24 de Enero de 2012

Señores

ASCENSORES GERHARDT S.H.

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 Liberty ART S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra **INSTITUTO BIOLÓGICO CONTEMPORÁNEO S.A.**, sus funcionarios, empleados, obreros y/o sus derechohabientes, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley N° 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 ASCENSORES GERHARDT S.H., amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación N° 59026, 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 N° 19.587; su Decreto Reglamentario N° 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.



Pedro Pocard
Director Técnico
Liberty Seguros Argentina

Código de autenticidad: 62-69265-1708263

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro Liberty de Atención al Cliente al teléfono 4346-0444 o desde el interior del país al 0-800-222-7854.

Buenos Aires, Martes 24 de Enero de 2012

Señores

ASCENSORES GERHARDT S.H.

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 Liberty ART S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra **LABORATORIOS CASASCO S.A.I.C.**, sus funcionarios, empleados, obreros y/o sus derechohabientes, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley N° 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 **ASCENSORES GERHARDT S.H.**, amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación N° 59026, 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 N° 19.587; su Decreto Reglamentario N° 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.



Pedro Pocard

Director Técnico

Liberty Seguros Argentina

Código de autenticidad: 62-69265-1708290

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro Liberty de Atención al Cliente al teléfono 4346-0444 o desde el interior del país al 0-800-222-7854.