



Buenos Aires, Martes 30 de Octubre de 2018

Señores

LIEBER SIMON JOSE

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 **LIEBER SIMON JOSE**, contrato Nro. **207263**, Póliza Digital SRT Nro. **4571850**, C.U.I.T. **23-07601589-9**, actividad **(Seleccione)**, 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: **25 de Febrero de 2018 - 28 de Febrero de 2019**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el 30 de Noviembre de 2018

**Nómina del personal cubierto:**

27226862833 RIOS ISABEL MARTINA

**Gustavo Cajiau**  
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: 60-207509-5617944

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