

HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE

ORDENANZA N° 6980

EL HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE SAN FRANCISCO, SANCIONA CON FUERZA DE:

ORDENANZA

Art. 1º).-AUTORICESE la suscripción del contrato con la firma “**PREVENCION ART S.A.**”, que se adjunta como Anexo I, para la contratación del servicio de seguro de riesgo de trabajo, por el término de doce meses y destinado al personal que presta servicios en la Municipalidad de San Francisco.-

Art.2º).- La erogación que demande el cumplimiento de lo establecido precedentemente, se imputará a la cuenta 110106000000 - **APORTE A.R.T.** del Presupuesto Vigente.-

Art.3º).- REGISTRESE, comuníquese, al Departamento Ejecutivo, publíquese y archívese.

Dada en la Sala de Sesiones del Honorable Concejo Deliberante de la ciudad de San Francisco, a los diecinueve días del mes de junio del año dos mil dieciocho.-

Dr. Gustavo Javier Klein
Presidente H.C.D.

PREVENCION
RIESGOS DEL TRABAJO

CONTRATO DE AFILIACION Nº 663805

En la ciudad de Sunchales, Provincia de Santa Fe, a los 01 días del mes de abril de 2018 las partes que se detallan en el Anexo 1, firmando dos ejemplares de un mismo tenor, convienen en celebrar el presente CONTRATO DE AFILIACION, sujeto a las cláusulas y condiciones que figuran al dorso y a las siguientes:

CONDICIONES PARTICULARES
ANEXO 1

a) ANTECEDENTES DE LAS PARTES CONTRATANTES:

EMPLEADOR:

RAZON SOCIAL: MUNICIPALIDAD DE SAN FRANCISCO
DOMICILIO: AV. 9 DE JULIO 1187 – Bº CATEDRAL
LOCALIDAD: 2400 – SAN FRANCISCO
PROVINCIA: CORDOBA
C.U.I.T.: 30-99905792-2
C.I.I.U.: 910015
ACTIVIDAD: Administración Pública y Defensa

ASEGURADORA:

PREVENCION Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
Av. Independencia 301 – 2322 – SUNCHALES (SANTA FE)
C.U.I.T.: 30-68436191-7
Código de ART: 0002/7

b) VIGENCIA:

DESDE	HASTA
01/04/2018	31/03/2019

c) ALICUOTA:

NIVEL DE RIESGO (Cumplimiento Norma Seguridad e Higiene)	1	2	3	4
TARIFA MENSUAL A APLICAR Fijo por Persona – (\$)	0.0100	0.0000	0.0000	0.0000
% Variable sobre masa salarial	3.8200	3.8000	3.7900	3.6000

NIVEL DE LA EMPRESA: 2

2 20 10 10000 10002

Deberán adicionarse \$ 0,60 (sesenta centavos) por cada trabajador, correspondientes al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales según lo dispuesto por el Decreto 590/97 PEN, o el valor que disponga la norma que resulte de aplicación.

BONIFICACION POR PERMANENCIA: %

El presente contrato se suscribe conforme la Circular N° 4462 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.- Los Asegurados podrán solicitar información ante la S.S.N. con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C. 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono: 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10,30 a 17,30 hs. Podrá consultarse vía internet a la siguiente dirección:
<http://www.ssn.gov.ar>

GRUPO SANCOR SEGUROS
