

Saf: 839	Jurisdicción: 70
UOC: Dirección de Compras - UNLa	
Domicilio: Av. 29 de Septiembre 3901 - R. de Escalada (CP 1826)	
Provincia: Buenos Aires	
N° CUIT: 30-68287386-4	
E-mail: <a href="mailto:compras@unla.edu.ar">compras@unla.edu.ar</a>	
Tel/Fax: 5533-5600 Int 5624/ 5625/ 5638/ 5657/ 5658	
Directo: 5533-5698	

Orden de Compra		
Número:	26/05/119	Ejercicio:
Fecha:	26/05/2015	
Vigencia Orden de Compra A		
Desde:	01/06/2015	Hasta:
Opción a prórroga:	N	

#### PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Tipo:	Contratación Directa / Tramite Simplificado	N°:	61/2015	Ejercicio:
Clase:	De Bajo Monto			
Modalidad:	Orden de Compra Abierta			
Causa de Contratación Directa:	S/ Dcto. 1023/01 y Anexo del Dcto. 893/12 (Arts. 30, 147, 208 y ss.)			

EXPEDIENTE N°: 1568/15 "Contratación de Seguros de Accidentes Personales"

ACTO DE ADJUDICACIÓN Disposición Conjunta de Secretaría de Administración y Secretaría General N° 001  
 De fecha 21 de Mayo de 2015

#### DATOS DEL ADJUDICATARIO

Señores:	LA MERIDIONAL CIA. ARGENTINA DE SEGUROS SA			
CUIT N°:	30-50005116-3	IVA:	Responsable Inscripto	
Domicilio:	Tte. Gral. Juan D. Perón 646 4º piso			
Localidad:	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Prov.:	Bs. As.	C. P.:
Teléfono:	4909-7321	Fax:	4909-7455	E-mail: <a href="mailto:juanalberto.torres@aig.com">juanalberto.torres@aig.com</a>
Observaciones:				

#### Detalle de la orden de compra

Reng	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Pcio. Unitario x
1		Unidad	Cobertura contra Accidentes Personales según Anexo I de Especificaciones Técnicas, y siguiente detalle: -Muerte Accidental e Invalidez permanente total y/o parcial por accidente hasta \$200.000,00 -Asistencia Médica Farmacéutica: \$5.000,00	\$ 0
2		Unidad	Cobertura contra Accidentes Personales según Anexo I de Especificaciones Técnicas, y siguiente detalle: -Muerte Accidental e Invalidez permanente total y/o parcial por accidente hasta \$300.000,00 -Asistencia Médica Farmacéutica: \$10.000,00	\$ 1
		<b>Total:</b>		<b>Total Máximo a Pagar:</b>

Servicio:

Observaciones del ítem:

Observaciones del catálogo:

Especificación técnica:

Despiece:

Tolerancia:

Datos de la solicitud de provisión:

Frecuencia:	Cantidad Mínima:	Cantidad Máxima:
-------------	------------------	------------------

**Costo Mínimo por Incorporación de persona/s a la póliza: \$ 100,00 (Cien pesos)**

Observaciones: Esta orden de compra se emite en un todo de acuerdo con el Pliego de Bases y Condiciones particulares, el cual también es de cumplimiento obligatorio. Se deberá facturar a mes vencido, las prestaciones efectivamente realizadas en el mes inmediato anterior, a los valores unitarios que consta en la presente orden de compra.

Fecha de entrega:													
Lugar de entrega:													
<b>Las facturas deberán presentarse, del 1 al 5 de cada mes, por los servicios prestados efectivamente inmediato anterior, en la Dirección de Compras</b> , sita en el Edificio José Hernández, Rectorado de Universidad Nacional de Lanús - Calle interna Pablo Nogués S/Nº, Remedios de Escalada, Pcia. Aires, de Lunes a Viernes, en el horario de 11:00 a 17:00 Hs.													
Observaciones:	Las solicitudes de cobertura se formalizarán por escrito (soporte papel o digital) estableciendo la las personas cubiertas y la vigencia y tipo de cobertura solicitada. La recepción conforme por parte del adjudicatario de la solicitud de cobertura implicará aceptación e inmediata vigencia de la cobertura. Confirmada la solicitud de cobertura, se remitirán a la Universidad (dentro de las 24hs) la documentación que conste la cobertura solicitada.												
Unidad de medida:													
Cantidad:													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 25%;"><b>Importe total:</b></td> <td style="width: 60%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Importe IVA:</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">% Bonificación:</td> <td><b>Importe Bonificación:</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Neto:</b></td> <td></td> </tr> </table>		<b>Importe total:</b>			<b>Importe IVA:</b>		% Bonificación:	<b>Importe Bonificación:</b>			<b>Neto:</b>	
	<b>Importe total:</b>												
	<b>Importe IVA:</b>												
% Bonificación:	<b>Importe Bonificación:</b>												
	<b>Neto:</b>												

**Motivo de la bonificación:**

**Son pesos:** Setenta Mil

**Condición de pago:** 10 días a partir de la recepción definitiva (La misma se dará dentro de los 7 días hábil la factura correspondiente a los servicios prestados efectivamente en el mes inmediato) (Contra presentación de recibo oficial).

**ENTREGA ÚNICA:**

Fecha:	Lugar:	Observaciones:
--------	--------	----------------

**IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA**



2015
bierta
30/11/2015
0

2015

177/15

1038

día por persona
1,60
,00
<b>\$ 70.000,00</b>

regulares, el cual  
vamente  
e compra.



<b>nte en el mes</b>
e la
de Buenos
identidad de
te del
ra.
entación en la
<b>\$ 70.000,00</b>
<b>\$ 70.000,00</b>

es de recibida  
o anterior.).

--

## ANEXO I- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

- Contratación de Seguro de accidentes personales con modalidad póliza abierta con aplicaciones de asegurados a tiempo determinado, sobre la base aproximada de 1.800 personas en el término de 1 año, para diversas actividades y/o carreras, entre otras:

- Enfermería.
- Trabajo social.
- Colonia de Vacaciones.
- Deportistas.
- Encuestadores.
- Becarios.
- Contratados.
- Estudiantes en general.

La cantidad de personas indicada es aproximada y las coberturas por las que se aseguren podrán ser solicitadas indistintamente según el Renglón 1 o el Renglón 2.

**Cobertura:** A continuación se detallan los riesgos que necesariamente deberán contemplarse en la cobertura solicitada, además de las que ordinariamente se incluyen en las pólizas de este tipo de seguros.

- Muerte Accidental
- Invalidez permanente total y/o parcial por accidente. Límites de edad a partir de los 10 años ha
- Reembolso por gastos médicos farmacéuticos por accidente.
- Ámbito de cobertura: Jornada ocupacional e in itinere.
- Límite Mínimo por eventos: 5 (cinco) personas.
- Promedio de permanencia en póliza desde 48 hs. (mínimo).
- Para carrera de Enfermería, se deberán cubrir los accidentes ocasionados por objetos corto

**Las pólizas solicitadas podrán tener una vigencia diaria, semanal, mensual, cuatrimestral o anual según lo que se indique en la solicitud de cobertura correspondiente.**