

ANEXO I - FORMULARIO UNICO Y OFICIAL DE OFERTA

Cotizar en esta planilla en letra de imprenta y en pesos con IVA incluido:

La cotización debe presentarse únicamente en la presente Planilla de Cotización

Nº RENG	CANT.	DETALLE	PCIO. MENSUAL	PCIO. TOTAL ANUAL
1	12 Meses	Servicio de emergencias médicas, según Anexo - Especificaciones Técnicas. (Vigencia 01/11/26 - 31/10/27)		
<u>TOTAL GENERAL (ANUAL) DE LA OFERTA (IVA INCLUIDO):</u>				

(Solo se aceptarán precios unitarios expresados con hasta 2 (dos) decimales. En caso de cotizar con más decimales de los indicados, solo se tomarán los dos primeros.)

Son pesos (IVA INCLUIDO):(Importe en letras)

Plazo de Entrega:(Declarar en Días hábiles)

Aceptamos la competencia de los Tribunales Federales en lo Contencioso Administrativo con Asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y hacemos expresa renuncia a otro fuero o jurisdicción.

Esta Propuesta, junto con la aceptación por escrito del Adjudicatario, constituirá un vínculo contractual entre ambas partes una vez integrada la Garantía de Fiel Cumplimiento de contrato y emitida la Orden de Compra. Entendemos que la Universidad no está obligada a aceptar ni la oferta más baja ni ninguna otra que puedan recibir.

Confirmamos por la presente que esta Oferta cumple con el período de validez y con la Garantía de Oferta, en caso de ser requerida en los Documentos de la presente contratación. Asimismo, con carácter de Declaración Jurada, el oferente manifiesta no estar incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni inelegibilidad contempladas en la normativa aplicable, conforme Art. 18, Inc. i) apartado 5, del Pliego Único de Bases y Condiciones Generales aprobado por Disposición ONC N° 63/16.

La sola presentación de la propuesta en el marco del presente proceso significará de parte del proponente el pleno conocimiento y aceptación de las cláusulas que rigen el llamado, por lo que no será necesario presentar junto con la propuesta ningún ejemplar de los pliegos.

Firma Autorizada del Oferente:	
Nombre y Cargo del Firmante:	
Razón Social de la Empresa:	
CUIT N°:	
Dirección, Localidad, Código Postal:	
Teléfono y Fax aptos para notificaciones:	
Correo electrónico apto para notificaciones:	

ANEXO - ESPECIFICACIONES TECNICAS

Contratación del servicio de Emergencias médicas, para todas aquellas personas que se encuentren física y transitoriamente dentro de los establecimientos solicitados, las 24 horas del día, los 365 días del año, bajo la modalidad de Área Protegida. Dicha área deberá comprender las siguientes sedes:

SEDE PRINCIPAL- AV. 29 DE SEPTIEMBRE 3901- REMEDIOS DE ESCALADA.

- 1) Cantidad de alumnos: nueve mil quinientos (9.500) personas aproximadamente en forma rotativa.
- 2) Cantidad de personal Docente y No Docente: mil doscientas (1200) personas aproximadamente en forma rotativa.
- 3) Jardín maternal Azucena Villaflor, alberga aproximadamente a 70 niños de 0 a 2 años, de forma rotativa, en el horario de 8 a 22hs.
- 4) R. del Valle. Hogar de día, Programa de adulto mayor: cuatrocientos cincuenta (450) integrantes por día. Edades que oscilan entre los 65 y 85 años. En el horario comprendido entre las 09:00 y las 18:00Hs.

SEDE CIC Y T - CGI- "Megafón" - F. Vallese - M. Terán de Weiss- AV. HIPÓLITO YRIGOYEN 5652- REMEDIOS DE ESCALADA.

- 1) Cantidad de alumnos: mil cien (1100) personas aproximadamente en forma rotativa.
- 2) Cantidad de personal Docente y No Docente: Doscientos cincuenta (250) personas aproximadamente.

IMPORTANTE: A los fines de agilizar el servicio para poder llevar un registro de las veces que la empresa prestadora concurre a la institución para brindar asistencia a las personas y para coordinar el ingreso de los móviles a la Universidad, cuando se solicite algún servicio, se deberá dar aviso al área de Intendencia, la cual será la responsable del control operativo del servicio.

Aclaraciones:

- Se informa que la Universidad no cuenta con personal médico en planta para la asistencia médica inmediata.
- De forma mensual, y como condición previa al otorgamiento de la recepción definitiva parcial, el adjudicatario deberá remitir un informe en el que consten todos los servicios realizados en el mes y la descripción de cada uno de ellos (día, horario, nombre y apellido del paciente, breve descripción del diagnóstico).

.....
Firma y Aclaración

ANEXO - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y/O VINCULOS COMERCIALES (R.R. N° 140/15)

Lugar y Fecha,.....

Razón Social:.....

N° CUIT:.....

EL QUE SUSCRIBE (CON PODER SUFICIENTE PARA ESTE ACTO) DECLARA BAJO JURAMENTO, QUE LA PERSONA CUYOS DATOS SE DETALLAN PRECEDENTEMENTE, SUS SOCIOS DIRECTOS Y/O REPRESENTANTES LEGALES **SI/NO** (tachar lo que no corresponda) MANTIENEN RELACIÓN DE PARENTESCO Y/O RELACIONES COMERCIALES CON TRABAJADORES Y/O FUNCIONARIOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS.

Si declara "SI", Completar:	
FUNCIONARIO	GRADO DE PARENTESCO / RELACIÓN COMERCIAL

FIRMA:

ACLARACIÓN DE FIRMA:

CARÁCTER EN EL QUE REPRESENTO A LA EMPRESA:

DOMICILIO ESPECIAL:.....

TELEFONO DE CONTACTO:

CORREO ELECTRONICO APTO PARA NOTIFICACIONES:

ANEXO - DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES DEL DECRETO 202/17

Lugar y Fecha,.....

Razón Social:.....

Nº CUIT:.....

¿La persona declarante tiene vinculación con los funcionarios enunciados en los artículos 1º y 2º del Decreto N° 202/17? (Marque con una X donde corresponda)

SI	NO
Complete los campos "Funcionario con quien la persona declarante posee un vínculo" y "Tipo de vínculo". En caso de que hubiere más vínculos con los funcionarios enunciados en los artículos 1º y 2º del Decreto 202/17 debe completar tantos formularios como vínculos hubiere.	La opción elegida implica la declaración expresa de la inexistencia de vinculaciones en los términos del Decreto N° 202/17. No se exige más información. Firme al pie del formulario la Declaración Jurada de Intereses.

Funcionario con quien la persona declarante posee un vínculo ¿Con cuál de los siguientes funcionarios?

(Marque con una X donde corresponda)

Presidente	
Vicepresidente	
Jefe de Gabinete de Ministros	
Ministro	
Autoridad con rango de ministro en el Poder Ejecutivo Nacional	
Autoridad con rango inferior a Ministro con capacidad para decidir	

En caso de haber marcado "Ministro", "Autoridad con rango de ministro en el Poder Ejecutivo Nacional" o "Autoridad con rango inferior a Ministro con capacidad para decidir" complete los siguientes campos:

Nombres	
Apellidos	
Cargo	
Jurisdicción	

Tipo de vínculo (Marque con una X donde corresponda y brinde la información adicional requerida para el tipo de vínculo elegido)

Sociedad o comunidad	En información adicional detalle "Razón Social" y "CUIT".
Parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado y segundo de afinidad	En información adicional detalle qué parentesco existe concretamente.
Pleito pendiente	En información adicional detalle "carátula", "nº de expediente", "fuero", "jurisdicción", "juzgado" y "secretaría".
Ser deudor	En información adicional detalle "motivo de deuda" y "monto".
Ser acreedor	En información adicional detalle "motivo de acreencia" y "monto".
Haber otorgado al funcionario beneficio/s de importancia	En información adicional detalle "tipo de beneficio" y "monto estimado".
Amistad pública que se manifieste por gran familiaridad y frecuencia en el trato	No se exige información adicional

Información adicional

Declaro bajo juramento que:

- Estoy en conocimiento de que la falsedad en la información consignada en este formulario será considerada una falta de máxima gravedad a los efectos que correspondan en los regímenes sancionatorios aplicables.
- Estoy en conocimiento de que la declaración negativa de vinculaciones con los funcionarios/as mencionados en los artículos 1º y 2º del Decreto 202/17, implica la declaración expresa de la inexistencia de tales vinculaciones.
- Todos los datos consignados son verdaderos y cuando declaro información de terceros he realizado las debidas diligencias para constatar su veracidad.

(<https://www.argentina.gob.ar/anticorrupcion/prevencion/decretos-intereses/202-17/ddjj>)

.....
Firma y aclaración.

ANEXO - DECLARACIÓN JURADA DE INCORPORACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Lugar y Fecha,.....

Razón Social:.....

Nº CUIT:.....

De conformidad con lo previsto en Ley 22.431, Art. 7º del Decreto Nº 312/10 y Art. 18, Inc. i) apartado 4, del Pliego Único de Bases y Condiciones Generales aprobado por Disposición ONC Nº 63/16), declaro bajo juramento que, de resultar adjudicatario, me obligo a ocupar a personas con discapacidad en una proporción no inferior al CUATRO POR CIENTO (4%) de la totalidad del personal afectado a la prestación del servicio licitado. El porcentaje aludido se computará sobre la totalidad del personal afectado a la prestación del servicio licitado y resultara exigible cuando sea posible cuantitativamente cumplir con el mismo, o sea, que tal porcentaje represente al menos UNA (1) persona.

.....
Firma y aclaración.

De conformidad con lo previsto en Ley 22.431, Art. 7º del Decreto Nº 312/10 y Art. 18, Inc. i) apartado 4, del Pliego Único de Bases y Condiciones Generales aprobado por Disposición ONC Nº 63/16), declaro que, por las particularidades del servicio no resulta posible contar con personas con discapacidad que reúnan las condiciones de idoneidad para cumplir con la prestación. A continuación, se detallan las particularidades del servicio que imposibilitan contar con personas con discapacidad en el porcentaje requerido por la ley:

.....
.....
.....

.....
Firma y aclaración.