

ANEXO - 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	Precio Unitario	Total
1	5.000	Mes por persona de "Cobertura por Accidentes Personales, según Anexo I de Especificaciones Técnicas.- COBERTURA ESTÁNDAR.		
2	5.000	Mes por persona de "Cobertura por Accidentes Personales, según Anexo I de Especificaciones Técnicas.- PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA		
3	5.000	Mes por persona de "Cobertura por Accidentes Personales, según Anexo I de Especificaciones Técnicas.- OTRAS PRÁCTICAS		
TOTAL GENERAL DE LA OFERTA (IVA Incluido):				

(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.)

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

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 I - ESPECIFICACIONES TECNICAS

MODALIDAD DE LA CONTRATACIÓN. PROCEDIMIENTO.

La presente contratación se realizará bajo la modalidad “*Orden de Compra Abierta*” (Arts. 111 y ss. del Manual de Procedimiento del Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional aprobado por Disposición ONC N° 62/2016). **Su vigencia se extenderá por 6 - seis- meses.**

Por razones de simplificación administrativa y registral, la adjudicación se realizará en forma conjunta por todos los renglones. Por lo expuesto, serán desestimadas las propuestas en las que no se coticen todos los renglones; la adjudicación recaerá sobre la propuesta que resulte más conveniente en términos globales, siempre que se ajuste a las condiciones técnicas y formales del llamado.

Los oferentes deberán cotizar el “valor unitario por persona por mes” en cada renglón, y la orden de compra se emitirá por dicho valor, el que se mantendrá fijo durante toda la vigencia de la relación contractual. Resuelta la adjudicación y notificada la orden de compra, la adjudicataria declarará los contactos habilitados para gestionar las coberturas que resultasen necesarias durante la relación contractual. Las solicitudes de provisión o documento equivalente se notificarán vía mail, estableciendo la identidad de las personas cubiertas, la vigencia (el mes al que corresponde) y el renglón. El solo envío de la solicitud de cobertura a la/s casilla/s de mail especialmente habilitada/s implicará aceptación e inmediata vigencia de la cobertura.

La cancelación de lo que la Universidad resulte adeudar a la adjudicataria se llevará a cabo en un todo de acuerdo a lo establecido en el artículo nominado como “RECEPCION – FACTURACIÓN”.

La no emisión de solicitudes de provisión durante el lapso de vigencia del contrato, o la emisión de dichas solicitudes por una cantidad inferior a la establecida como máxima en la orden de compra, no generará ninguna responsabilidad para la Administración Nacional y no dará lugar a reclamo ni indemnización alguna a favor de los adjudicatarios (conf. Art. 115 del Manual de Procedimiento del Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional aprobado por Disposición ONC N° 62/2016).

Ejemplo: En el presente pliego se establece un máximo eventual de 5.000 "meses de cobertura por persona" para el renglón 1. Durante la ejecución del contrato, se emitirán "solicitudes de provisión" o planillas equivalentes, detallando la identidad de los asegurados y el periodo al que corresponde. Así, por ejemplo, se solicitará la cobertura de 10 personas por 2 meses, del máximo eventual de 5.000 se restará el consumido de 20 Meses de cobertura.

TIPOS DE COBERTURA:

GENERALIDADES:

- Muerte Accidental e Invalidez permanente total y/o parcial por accidente hasta \$2.000.000.-
- Asistencia Médica Farmacéutica: \$200.000. - 5% Deducible de \$10.000,00.
- Ámbito de cobertura: Jornada ocupacional e in itinere en el Predio de la UNLA u otros lugares.

Las solicitudes nominales de cobertura se informarán con una antelación no inferior a Un día hábil previo a la incorporación del asegurado.

La cantidad de asegurados y periodo asegurado es indefinida y variable de acuerdo a las necesidades de la Universidad. Los mismos pueden sufrir modificaciones significativas según la actividad que se corresponda. En esta instancia, la Universidad no puede determinar la cantidad de personas que asegurará, motivo por el cual la presente contratación se tramita bajo la modalidad de Orden de Compra abierta.

Se deberá otorgar cobertura a los precios fijados en la oferta por un mes calendario, independientemente de la cantidad de personas aseguradas.

Los gastos por viajes o estadías por convalecencias, los suministros de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales quedaran amparados hasta el límite de suma asegurada de la cobertura de Asistencia Médica Farmacéutica.

El ámbito de cobertura comprende toda la República Argentina.

Se informa que el índice de siniestralidad de la Institución en el marco del seguro de accidentes personales no reviste relevancia.

La Universidad Nacional de Lanús emitirá las solicitudes de cobertura, considerando que se entenderán cubiertos todos los riesgos indicados en el presente. Las sumas aseguradas corresponderán a los montos indicados en las bases del llamado, con la sola excepción de la suma que les corresponda a los niños menores de 14 años, la cual se ajustará a las limitaciones dispuestas por la normativa vigente.

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

RENGLÓN 1 - COBERTURA ESTÁNDAR:

- Actividades de Personas Contratadas sin relación de Dependencia y otros similares
- Personas que presten algún tipo de servicio o actividad a o en la UNLa., sea bajo un contrato o no. Ej.: Personal Contratado; Becarios; Contratos y/o muestras Itinerantes (no permanentes); Profesores o ayudantes de Cátedra ad honorem, etc.
- El personal contratado sin relación de dependencia podrá desarrollar actividades tales como administración, mantenimiento, jardinería, vigilancia y control, limpieza y aseo, eliminación de plagas, expositores; ferias, etc-
- Quedan comprendidas en la cobertura todas las actividades de carácter institucional, administrativo, operativo, técnico, logístico, auxiliar o de apoyo, que sean desarrolladas a favor de la Universidad Nacional de Lanús por personas que no mantengan relación de dependencia laboral, cualquiera sea la forma de su vinculación jurídica o fáctica.
- La cobertura alcanza a toda actividad que implique la presencia, permanencia, circulación, desplazamiento o intervención del asegurado en ámbitos físicos o virtuales relacionados directa o indirectamente con la Universidad, incluyendo tareas de naturaleza intelectual, manual, técnica, operativa o mixta.
- Se encuentran comprendidas asimismo aquellas actividades que, aun no estando específicamente previstas, resulten necesarias, complementarias, accesorias, preparatorias, posteriores o conexas con el desarrollo de funciones institucionales, académicas, administrativas, culturales, comunitarias o de extensión universitaria.

(edad: hasta 65 años)

RENGLÓN 2 - PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA -

- Prácticas Carrea de Enfermería. (Para dichas prácticas, se deberán cubrir además los accidentes ocasionados por objetos corto punzantes , enfermedades infectocontagiosas y sus derivadas.)
- Se encontrará cubierta la Asistencia Médico -Farmacéutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B y C, Covid19 por accidente, o con motivo y en ocasión de la actividad asegurada, y el eventual tratamiento antirretroviral en profilaxis posterior al episodio; de acuerdo a lo que resultare más conveniente ante el siniestro y en congruencia con el protocolo de actuación que desarrolle la universidad, la atención podrá realizarse en una institución médica oficial a elección del asegurado (operando la cobertura por vía de reintegro de gastos) o en la institución y por los medios que designe la cía aseguradora, siempre que se cumpla con la prontitud y celeridad del caso.
- Además de la cobertura antedicha, la cobertura alcanza a toda actividad que implique la presencia, permanencia, circulación, desplazamiento o intervención del asegurado en ámbitos físicos o virtuales relacionados directa o indirectamente con la Universidad, incluyendo tareas de naturaleza académica, intelectual, manual, técnica, operativa o mixta.

(edad: hasta 65 años)

RENGLÓN 3 - OTRAS PRÁCTICAS

- Prácticas de Otras Carreras .
- Prácticas de Artes y Oficios.
- Actividades recreativas y deportivas.
- Quedan comprendidas todas las actividades de carácter educativo, formativo, creativo, expresivo, físico o de desarrollo personal, que se realicen bajo organización, supervisión, autorización o aval de la Universidad Nacional de Lanús.
- La cobertura alcanza a toda actividad que implique participación activa o pasiva, individual o grupal, desarrollada en espacios cerrados o abiertos, dentro o fuera del ámbito universitario, cualquiera sea su modalidad, intensidad, duración o periodicidad.
- Se consideran incluidas las actividades que formen parte de programas, proyectos, talleres, prácticas, encuentros, eventos o acciones institucionales, así como aquellas que resulten instrumentales, complementarias o necesarias para su realización.

- Además de la cobertura antedicha, la cobertura alcanza a toda actividad que implique la presencia, permanencia, circulación, desplazamiento o intervención del asegurado en ámbitos físicos o virtuales relacionados directa o indirectamente con la Universidad, incluyendo tareas de naturaleza académica, intelectual, manual, técnica, operativa o mixta.

(edad: 14 a 65 años)

COSTO EVENTUAL.

Costo Mínimo por Incorporación de persona/s a la póliza: Considerando que las coberturas solicitadas durante un mes calendario pueden representar una suma inferior al costo mínimo que corresponda por gastos administrativos por incorporación de persona/s a la póliza, el oferente deberá especificar el valor de dicho costo mínimo:

-**ESPECIFICAR:** \$...(son pesos....)

El monto indicado precedentemente en concepto de Costo Mínimo solo se abonará en caso de que, durante el mes calendario de que se trate, se hubieran emitido solicitudes de coberturas y que la suma total de las mismas el valor de las mismas (calculado sobre el "precio unitario por persona por mes") no alcance a cubrir el valor declarado. En caso de no declarar, se entenderá que está bonificado.

.....
Firma y aclaración.

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

Lugar y Fecha,.....

Razón Social:.....

Nº CUIT:.....

EL QUE SUSCRIBE (CON PODER SUFFICIENTE 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/anticorrucion/prevencion/decretos-intereses/202-17/ddij>)

.....

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 N° 312/10 y Art. 18, Inc. i) apartado 4, del Pliego Único de Bases y Condiciones Generales aprobado por Disposición ONC N° 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 N° 312/10 y Art. 18, Inc. i) apartado 4, del Pliego Único de Bases y Condiciones Generales aprobado por Disposición ONC N° 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.