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	700	Servicio de Teleconsulta/Videoconsulta médica para el personal de la UNLa.		
2	100	Servicio de auditorías médicas en consultorios propios y/o por convenio, días hábiles.		
3	100	Juntas médicas.		
4	200	Exámenes pre-ocupacionales.		
5	10	Exámenes complementarios y/o periódicos: -Audiometría tonal bilateral, con informe		
6	10	Exámenes complementarios y/o específicos: -RX Columna Lumbar con informe		
7	5	Exámenes complementarios y/o específicos: -Vértigo y estado del oído interno, para trabajo en altura, con informe.		
8	5	Exámenes complementarios y/o específicos: -Evaluación médica para electricistas, con informe que indique la aptitud para trabajar como electricista.		
9	10	Exámenes psicotécnicos y psicológicos		
TOTAL MÁXIMO EVENTUAL 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.)

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 Nº 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 Nº:	
Dirección, Localidad, Código Postal:	
Teléfono y Fax aptos para notificaciones:	
Correo electrónico apto para notificaciones:	

ANEXO - ESPECIFICACIONES TECNICAS

Servicio de Medicina Laboral y Reconocimiento Médico.

Encuadre legal del servicio:

El servicio a contratar comprende los controles de fiscalización, evaluación, justificación, y registro del usufructo de todas las licencias médicas establecidas en la legislación vigente y cumplir con toda la normativa vigente: Leyes 19587 sobre Seguridad e Higiene Laboral y 24.557 sobre Riesgos del Trabajo; Resolución 351/79 con sus decretos reglamentarios y resoluciones de la Superintendencia de Riesgo de Trabajo (463/2009; 37/2010; etc.) y sus respectivos Decretos Reglamentarios para una dotación aproximada de **401 trabajadores** que prestan servicios en los diferentes edificios de la Universidad Nacional de Lanús, e incluirá a todos los trabajadores que eventualmente se incorporen a ésta Institución durante el período de vigencia del contrato, en el ámbito de CABA y Gran Buenos Aires.

Requisitos que deberán cumplimentar los oferentes:

- Acreditación de documentación habilitante de la Institución.
- Listado de clientes a los que se les brinda una prestación similar.
- Acreditación de capacidad técnica: nómina del personal médico.
- Acreditación de vínculo con otros prestadores en caso de poseer.

IMPORTANTE: *Esta información deberá ser presentada junto con la oferta.*

Condiciones generales para la prestación del servicio:

El servicio a contratar debe realizarse sin excepción bajo las normas y prácticas que rigen para los servicios de medicina laboral externos.

El prestador deberá mantener actualizada la historia médico laboral de cada trabajador con todas las novedades por enfermedad inculpable, enfermedad familiar, maternidad, reducción horaria por lactancia o licencias extraordinarias por enfermedad del titular o familiar que registre el trabajador, como producto de la asistencia en consultorio o domicilio legal, real o transitorio del trabajador, adjuntando a dicha historia toda la documentación recibida.

En caso de **rescisión o finalización** del contrato, el prestador se obliga a devolver a la UNLa ya sea en forma digital o por escrito en un plazo no mayor a diez días las historias médico laboral de los trabajadores con toda la documentación contenida en ella que se encuentre en su poder, siendo su responsabilidad el daño o extravío de la misma.

El prestador a contratar se encargaría de las siguientes prestaciones:

1. Servicio de Teleconsulta/Videoconsulta médica para el personal de la UNLa.
2. Servicio de auditoría médicas para el personal de la UNLa en consultorios propios y/o por convenio.
3. Realización de Juntas Médicas (incluye recalificación profesional).
4. Exámenes Pre ocupacionales.
5. Exámenes Pre ocupacionales complementarios y/o específicos: Audiometría tonal bilateral, con informe.
6. Exámenes Pre ocupacionales complementarios y/o específicos: Rx columna completa, frente y dorso, con informe.
7. Exámenes Pre ocupacionales complementarios y/o específicos: Vértigo y estado del oído interno, para trabajo en altura, con informe.
8. Exámenes Pre ocupacionales complementarios y/o específicos: Evaluación médica para electricistas, con informe que indique la aptitud para trabajar como electricista.
9. Exámenes psicotécnicos y psicológicos.

Condiciones de la prestación del servicio

Renglón 1 - Servicio de Teleconsulta / Videoconsulta médica:

Refiere a la asistencia virtual a través de videoconferencia u/otra plataforma que habilita la atención médica del trabajador por ausentismo. Es una atención exclusiva y confidencial, donde el medico laboral se contactará con el trabajador por intermedio de dispositivos electrónicos (celular, Tablet, computadora, etc.) permiten la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y el médico, a fin de justificar según corresponda. La información emitida por el medico laboral podrá ser utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o justificación.

a) El prestador de Medicina Laboral deberá realizar todos los reconocimientos médicos de ausentismo laboral de los empleados en el día, hasta las 20:00 horas como límite horario, por cualquier causa que le sea solicitado por UNLa ya sea por enfermedad del titular, de familiar a cargo, entre otros. Todas aquellas prestaciones que excedan el límite horario no serán tenidas en cuenta para su facturación.

El profesional que realiza la prestación deberá:

- Insistir por lo menos tres veces en el llamado
- Solicitar y asentar los datos de la documentación que acredite la identidad del trabajador, del familiar en el caso de cuidado de familiar por enfermedad.
- Constatar diagnóstico con certificado médico de consulta privada, si la hubiera realizado, ó en el caso del Familiar Enfermo o bien, evaluar el cuadro que presenta el trabajador/a dejándole en claro que deberá acudir a su médico particular en caso de continuar con los síntomas que le impidieron concurrir a su lugar de trabajo. Completar el formulario de reconocimiento aprobado por la UNLa en los que deberán consignar:

- Fecha y hora de la visita.
- Apellido, Nombre y Nº de DNI o Credencial del trabajador.
- Domicilio.
- Datos del Familiar a Cargo (de corresponder licencia por cuidado de Familiar
- Enfermo).
- Patología (Descripción de síntomas).
- Falta Justificada ó Injustificada.
- Fecha de Reincorporación.
- Firma y Sello del Médico.
- Toma conocimiento el trabajador, haciendo alguna observación, si considera necesario, y FIRMA.

b) - Todo evento que surja como consecuencia de una justificación indebida por enfermedad, será responsabilidad del prestador.

c) - En el caso de que no se realice el reconocimiento solicitado, el prestador sufrirá una sanción económica que será progresiva ante la reiteración del incumplimiento pudiendo llegar a la rescisión del contrato sin resarcimiento alguno.

Renglón 2 - Atención en consultorio:

a) - El adjudicatario tendrá que contar con al menos un Centro Médico de Medicina Laboral dentro del radio de 20 km desde la sede de Remedios de Escalada de la UNLa al que puedan concurrir todos los trabajadores (personal de planta permanente, contratados en relación de dependencia) en el horario de 8 a 20 hs., a efectos de justificar el retiro por enfermedad cuando corresponda o bien para certificar ausencia por enfermedad.

b) - Los horarios mencionados en los párrafos anteriores podrán ser modificados en el futuro a pedido de UNLa, previa notificación.

c) - A solicitud de UNLa, previa presentación por el trabajador de la documentación necesaria que autorice la concurrencia de éste al consultorio externo que le corresponda por zona de influencia, se le podrá efectuar la asistencia solicitada para su evaluación y justificación, si correspondiera, de las inasistencias laborales producidas por el mismo.

d) - Una vez que el empleado arribe al consultorio, deberá presentar para su atención la autorización realizada mediante solicitud de provisión desde la Dirección de Compras, debiendo enviar posteriormente la información resultante por el medio establecido a tal efecto.

e)- La demora en la atención no deberá superar los 30 (treinta) minutos, debiendo la sala de espera contar con las comodidades necesarias, además de contar los sanitarios en óptimas condiciones de uso e higiene, al igual que los consultorios.

Metodología operativa de información de resultados a la UNLa:

Al día siguiente y antes de las 10.00 Hs., el prestador deberá, a modo de adelanto, enviar por mail el detalle de los resultados de las prestaciones realizadas o bien, tenerlo disponible en el sitio web que aquel indicara o tuviere.

En el caso en que los reconocimientos no pudieran ser realizados, se informarán los motivos y cualquier dato que complemente la atención del caso.

Los informes de los reconocimientos médicos a través de Teleconsulta/ videoconsulta y/o en consultorios deberán adelantarse vía correo electrónico:

rrll@unla.edu.ar/rclavero@unla.edu.ar y clavallen@unla.edu.ar o bien disponer de Plataforma Digital asignándose usuario.

El prestador deberá disponer los medios necesarios para que dicho resultado quede registrado en la historia médico laboral del agente, junto con la causa que motivó el ausentismo y toda la documentación que aporte el trabajador.

Renglón 3 - Realización de Juntas Médica:

Comprende la necesidad de determinar las incapacidades, expedirse sobre licencias por enfermedad de largo tratamiento y aquellas referidas a los cambios de funciones y/o tareas.

a) - En el caso de aquellos trabajadores que se ausenten por una enfermedad que provoque un ausentismo prolongado (más de treinta días) el prestador deberá realizar una Junta Médica por la Especialidad que tenga el conocimiento profundo de la patología en cuestión, a solicitud de la UNLa.

b) - Se deberán informar a la Dirección de Relaciones Laborales de la UNLa de las conclusiones arribadas en cada una de ellas por los medios indicados.

c) - Si como consecuencia de la junta médica se concluyera que es necesario solicitar estudios complementarios para precisar un diagnóstico o una incapacidad, los mismos sólo podrán efectuarse previa autorización taxativa de la Dirección de Relaciones Laborales.

Renglón 4 - Realización de exámenes Pre-ocupacionales:

El Prestador deberá realizar los exámenes de ingreso con la correspondiente fiscalización y homologación de los resultados autorizados por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Los exámenes consistirán en:

1) Examen físico completo, que abarque todos los aparatos y sistemas, incluyendo agudeza visual lejana y cercana, y bucodental, efectuada por especialistas.

2) Electrocardiograma con informe efectuado por médico cardiólogo.

3) Exámenes de laboratorio, con los resultados certificados por bioquímico:

a) Hemograma completo. b) Eritro
Sedimentación. c) Uremia.

d) Glucemia.

e) Orina completa.

4) Declaración jurada del postulante respecto a las patologías preexistentes de su conocimiento.

5) Radiografía panorámica de tórax con informe del médico radiólogo.

6) Radiografía panorámica de tórax, cuando corresponda y/o se indique específicamente (ejemplos: ordenanzas y choferes), radiografía lumbosacra de frente y perfil. En todos los casos con informe del médico radiólogo.

7) Estudios psicológicos sólo cuando las actividades a desarrollar por el postulante puedan significar riesgos para sí, terceros o instalaciones (por ejemplo: choferes).

Los resultados obtenidos en dichos exámenes, deberán adelantarse vía correo electrónico en un plazo no mayor de 72hs y; posteriormente, entregarse en la oficina de Relaciones Laborales en sobre cerrado con la leyenda de "secreto médico".

Asimismo, el sobre deberá contener un informe efectuado por medico laboralista, donde se consignará el grado de aptitud laboral de acuerdo al siguiente cuadro:

1) **APTO**: Sin ningún tipo de patología, apto para todo tipo de tareas.

2) **NO APTO**: Cuando existe una disminución anátomo- funcional que determina una merma en la salud del postulante para el desempeño de función propuesta.

3) **APTO CON PREEXISTENCIAS**: Cuando se han detectado patologías previas, conocidas o no por el postulante, pero que no afectan las condiciones psicofísicas del mismo para el desempeño de la actividad para la cual fue asignado. No amerita reconsideración.

Renglón 5, 6, 7 y 8 – Exámenes Pre-ocupacionales complementarios y/o específicos

Estos estudios complementan los exámenes médicos básicos. Se realizan según las tareas a desarrollar por el trabajador de acuerdo a lo que indica la Resolución 37/10 de la SRT. Se requiere que el prestador pueda realizar los siguientes estudios según se solicite:

- Audiometría tonal bilateral, con informe.
- RX columna completa, frente y dorso, con informe.
- Vértigo y estado del oído interno, para trabajo en altura, con informe.
- Evaluación médica para electricistas, con informe que indique la aptitud para trabajar como electricista.

Renglón 9 - Gabinete psicotécnico y psicológico:

El prestador debe cubrir la necesidad de colaborar en los nuevos exámenes de ingreso y/o necesidad de reubicación de personal (incluyendo psico-diagnósticos para selección de personal, test de personalidad e inteligencia y rendimiento intelectual para puestos superiores, entre otros) y estar a disposición de cualquier empleado que requiera de su asistencia.

A tal efecto debe el prestador estar en condiciones de ofrecer la ejecución de:

- Exámenes psico-diagnósticos para selección de personal.
- Test de Personalidad e Inteligencia, y Coeficiente Intelectual.
- Test de relaciones inter personales entre otros.
-

En atención a la naturaleza del servicio licitado, la adjudicación se resolverá en forma conjunta por todos los renglones. Por lo expuesto, serán desestimadas las ofertas que no comprendan la totalidad de los renglones que integran la licitación.

…….

Firma y Aclaración del oferente

ANEXO - DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y/O VINCULOS COMERCIALES (R.R. Nº 140/15)

Lugar y Fecha,.....

Razón Social:…….…….

Nº 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 1° y 2° 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. 7° del Decreto N° 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. 7° del Decreto N° 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.