



DIPUTADOS
ARGENTINA

ORDEN DE COMPRA

HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION

Dirección de Compras - Departamento de Compras

CUIT: 30-53421333-2

Domicilio: Riobamba 25 Edif. Anexo "C" 6to. Piso - C.A.B.A.

Email: dptocompras.dgac@hcdn.gob.ar

Teléfono: (+5411) 6075-0000 int. 8849/8858/8875/8876

Unidad Requirente: DIR. GRAL. DE COORDINACION LOGISTICA (SE ADM)

ORDEN DE COMPRA

Número: 61

Ejercicio: 2024

Fecha: 30/07/24

ORIGINAL

PROCEDIMIENTO DE SELECCION

Tipo: Contratación Directa - Interadministrativa - Art 9, inc 5, ap b) - 5

Nro: 19 Ejercicio: 2024

CUDAP: EX-HCD-2387/2024

OBJETO DE LA CONTRATACION

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA LOS AGENTES QUE PRESTAN SERVICIOS EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN LOGÍSTICA DE LA HCDN, POR EL TÉRMINO DE 12 MESES. CONVENIO INTERADMINISTRATIVO H.C.D.N. - NACIÓN SEGUROS S.A.

ACTO DE ADJUDICACION: DCADIR N° 069 / 2024 de fecha 25 de julio de 2024.

DATOS DEL ADJUDICATARIO

Señores: NACIÓN SEGUROS S.A.

CUIT: 30678561165

Domicilio: San Martín 913, 5° piso CABA

Teléfono: 4319-9900

Fax:

E-Mail: notificacionespn@nacion-seguros.com.ar

REGLÓN	ITEM	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCION	Precio Unitario	Precio Total
1	1	1	Servicio	Seguro de Accidentes Personales para los agentes que prestan servicios en la Dirección General de Coordinación Logística de la HCDN, por el término de 12 meses.	\$2.126.597,66	\$2.126.597,66

SON PESOS DOS MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE CON 66/100 TOTAL: \$ 2.126.597,66

CONDICIONES GENERALES

En un todo de acuerdo al Convenio Interadministrativo entre la HCDN y Nación Seguros SA; y a las condiciones de la cobertura prevista en la contratación de referencia.

LUGAR DE ENTREGA

La póliza deberá presentarse dentro de los QUINCE (15) días hábiles de la firma del convenio respectivo, en la Mesa de Entradas de la Dirección Administrativa (MEDA), sita en calle Riobamba N°



ORDEN DE COMPRA

25, 6° piso, Anexo "C" - CABA. Asimismo, la póliza emitida en forma digital deberá ser enviada a la casilla de correo electrónico dptocompras.dgac@hcdn.gob.ar / cláusula 6° del Convenio respectivo.

PLAZO DE ENTREGA

Por el Plazo de (12) doce meses

Vigencia de la cobertura: DOCE (12) meses contados a partir de las 00:00 hs. del día 23 de agosto de 2024, hasta las 00:00 hs. del 23 de agosto de 2025 y deberá cubrir los siniestros acaecidos durante su vigencia, aun cuando el reclamo se produjera con posterioridad al vencimiento de los mismos. Cláusula 4° del respectivo Convenio.

GARANTIA DE ADJUDICACION O CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

Exceptuado de su presentación, de conformidad con lo establecido por el artículo 74 del "Reglamento para la Contratación de Bienes, Obras y Servicios de la H.C.D.N.", aprobado por la R.P. N° 1073/18. No obstante, lo previsto anteriormente, todos los oferentes y adjudicatarios contraen la obligación de hacer efectivas las garantías a simple requerimiento de la HCDN, sin que puedan interponer reclamo alguno sino después de realizada tal presentación.

IMPUTACION

3.5.4.

OPCION A PRORROGA


NO


FACTURACION Y FORMA DE PAGO

El pago del premio correspondiente a la cobertura del seguro de accidentes personales, se efectuará en un (1) pago, efectivizándose dentro de los TREINTA (30) días corridos a partir de la recepción de las facturas respectivas. Cláusula 3° del Convenio.

OBSERVACIONES

Para el cobro del importe a percibir, el adjudicatario deberá presentar ante la Dirección de Tesorería, sita en Av. Rivadavia 1864, PB del Palacio Legislativo, CABA, certificación de CBU emitida por la entidad bancaria donde radicada su cuenta (aplicable para altas nuevas cuentas /cambio de cuenta). Contacto: mgoldberg@hcdn.gob.ar *Deberá, en forma previa al comienzo de las prestaciones, y siempre que deba ingresar a algunas de las dependencias de esta H. Cámara, ponerse en contacto con la Dirección de Higiene y Seguridad en el Trabajo, a los fines de coordinar la presentación de la documentación pertinente que hacen a las normas y disposiciones de higiene y seguridad vigentes. Mail: higiene.dhst@hcdn.gob.ar


Leonardo G. Tournour
Apoderado
ción Seguros S.A.



RECIBI ORIGINAL DE LA PRESENTE

FECHA 2/8/2024

FIRMA _____

SELLO AUTORIZACION DE LA EMPRESA _____