

DIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVO CONTABLE
DIRECCION DE COMPRAS - DEPARTAMENTO SEGUROS
 Av. Riobamba 25, Edif. Anexo "C", 6° Piso. TEL: 4127-4852/51

ANEXO B- FORMULARIO DE OFERTA Y CONDICIONES

PROVEEDOR: NACION SEGUROS S.A.

DIRECCIÓN : SAN MARTIN 913 5TO PISO CABA
4-319-9900
CUIT: 30-67856116-5

CONSTANCIA DE SIPRO: DE ESTAR INSCRIPTO, PRESENTAR FOTOCOPIA.

CONTARTACION
DIRECTA Art. 9 Inc. 3 Ap.j)

Nº

CUDAP: EXP-HCD:
0002984/2016

VALIDEZ DE OFERTA: 30 DIAS.

PLAZO DE ENTREGA: Conforme art.1 cláusulas particulares

Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación de acuerdo con las especificaciones que se detallan.

VALOR DEL PLIEGO: SIN COSTO

PRESENTACION DE OFERTAS
HASTA

FECHA	HORA	LUGAR/DIRECCION
		DEPARTAMENTO SEGUROS Riobamba 25, Edif. Anexo "C", 6° Piso, C.A.B.A.


ALEXIA RABOW

DIRECTORA DE COMPRAS
 DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO CONTABLE
 H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN

Saluda a Ud. muy atentamente.

OBJETO DE LA CONTRATACION: Contratación de los Seguros de Accidentes Personales Escolares y Responsabilidad Civil Establecimiento Educativo, para la población infantil del Jardín Maternal de la H. Cámara de Diputados de la Nación de acuerdo a la normativa vigente, según el siguiente detalle, por el término de 12 meses.

Renglón	Cantidad	Unidad de medida	DESCRIPCIÓN
1	1	12 MESES	SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES – ESCOLARES
2	1	12 MESES	SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL ESTABLECIMIENTO JARDIN MATERNAL

ESPECIFICACIONES TECNICAS

REGLON N° 1.- SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES – ESCOLARES

Según la normativa vigente en la materia - ley 17.418 –

Cobertura: muerte accidental durante la jornada escolar in itinere. Invalidez total y parcial por accidente, permanente durante la jornada escolar in itinere, (durante la enseñanza, práctica de ejercicio físico, juegos, viajes, visitas a exposiciones, museos, fábricas, cursos de natación torneos deportivos que sean organizados por autoridades del colegio y vigilados por su personal docente. Con reintegro de gastos médicos farmacéuticos.

La suma a asegurar por alumno

Muerte accidental.....\$100.000,00

Invalidez.....\$100.000,00

Asistencia médica y farmacéutica....\$10.000,00

Población actual: 160 niños aprox.

A efectos de la cotización se deberá considerar el receso escolar durante el mes de Enero y 15 días del mes de Julio. Se deberá contemplar que la cantidad de asegurados podrá aumentar o disminuir de acuerdo a las Altas o Bajas que se pudieran producir durante el período de cobertura. **Se cuenta con una población infantil de aproximadamente ciento sesenta (160) niños cuya edades van desde los 45 días a los 4 años.**

REGLON N° 2.- SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL ESTABLECIMIENTO JARDIN MATERNAL

Seguro Responsabilidad Civil Establecimiento Escolar (Ley 24.830) sito en B. Mitre 1848 - C.A.B.A. Límite de indemnización \$1.300.000 por evento y/o acontecimiento, más de dos reposiciones en el agregado anual. Sublímite por damnificado \$ 100.000. Responsabilidad Civil contractual y extracontractual emergente de daños causados o sufridos por alumnos del establecimiento como consecuencia de la actividad educativa desarrollada en el mismo incluyendo: participación en actos, paseos, excursiones, desfiles, visitas y/o cualquier otra actividad organizada, vigilada y controlada por la respectiva autoridad educativa. Incendio, rayo, explosión, escapes de gas, descargas eléctricas. Utilización y/o emplazamiento de carteles y/o letreros y/u objetos afines, incluida la caída de los mismos, Caída de objetos Suministros de alimentos y/o bebidas a cualquier persona a título no oneroso a estos efectos los niños que concurran a la guardería serán considerados terceros.

CLAUSULAS PARTICULARES

Artículo 1. Plazo del Servicio: Por el plazo de (12) doce meses a partir del 1 de noviembre de 2016 al 30 de octubre de 2017, y tendrán opción a dos (2) períodos de prórroga al solo requerimiento de este Organismo.

Artículo 2. Para la presente contratación rigen las disposiciones contenidas en el reglamento para la contratación de bienes, obras y servicios de H.C.D.N., aprobado por R.P. Nº: 1145/12.

Artículo 3. El presupuesto será presentado por duplicado y deberán contener como mínimo la siguiente información:

- a) La compañía deberá ofrecer servicio de gestión por intermedio de un ejecutivo de cuenta que esté afectado expresamente a la H. Cámara y que gestione la documentación y trámites necesarios que demanden la intervención de la Compañía Prestadora. Teléfono de contacto 4127-4861, Anexo "C" de la H. Cámara de Diputados de la Nación, Av. Rivadavia 1843, piso 6° Dirección de Compras – Departamento Seguros de 09:00 a 16:00 hs. CABA.
- b) Se deberá proveer de manera gratuita afiches donde se brinde información mínima a los asegurados sobre los alcances de la cobertura (identificación del Asegurador, objeto del seguro, etc.)

Artículo 4. La propuesta deberá estar redactada en idioma nacional, contener membrete de la persona o firma comercial, firmada en todas sus hojas por el oferente, representante legal o apoderado, en sobre cerrado. La H.C.D.N. es considerada consumidor final, por lo cual la oferta deberá tener el IVA incluido, en moneda argentina.

Artículo 5. DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR CON LA OFERTA.

Documentación e información que se debe presentar con la propuesta:

- Constitución de domicilio en la ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Código de Identificación Tributaria y condición frente al Impuesto al Valor Agregado (IVA) (mediante constancia de inscripción de AFIP).
- Los oferentes que efectúen ofertas cuyos importes sean iguales o superiores a CINCUENTA MIL PESOS (\$50.000) deberán poseer el Certificado Fiscal para Contratar vigente conforme a lo normado por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). En su defecto se podrá presentar constancia de certificado en trámite con fecha y sello legible de la Agencia AFIP

correspondiente hasta la presentación del certificado requerido, que deberá efectuarse previa a la adjudicación.

- Acreditación de personería y/o designación de quien suscriba la oferta.

Artículo 6. FORMA DE PAGO: El pago se efectuará en el plazo que haya sido determinado en el Pliegos de Bases y Condiciones Particulares o a los treinta (30) días.

Artículo 7. FACTURA ELECTRÓNICA: La H.C.D.N. dispone de la cuenta de correo electrónico meda.dgac@hcdn.gov.ar para la recepción de facturas de tipo electrónico conforme RG N° 2853/10 de AFIP.

EL PRESENTE PLIEGO CONSTA DE CUATRO (4) HOJAS, TRES (3) DECLARACIONES JURADAS, UNA AUTORIZACIÓN DE ACREDITACIÓN DE PAGOS Y UNA PLANILLA DE COTIZACIÓN ANEXADOS QUE FORMAN PARTE DEL MISMO.

Ciudad de Buenos Aires,

de 2016

Sres.

H. Cámara de Diputados de la Nación

Presente

De mi consideración:

Por medio de la presente y en cumplimiento del artículo 35 inc. e) Apartado 2 del Reglamento para la Contratación de Bienes, Obras y Servicios de la H.C.D.N., dejo constancia en carácter de DECLARACION JURADA que la firma..... y los integrantes de los órganos de administración y fiscalización en su caso, **no se encuentran incurso** en ninguna de las causales de **inhabilidad** para contratar con la H. Cámara de Diputados de la Nación.

Sin otro particular lo saludo muy atte.

FIRMA y SELLO:.....

ACLARACIÓN:.....

Ciudad de Buenos Aires,

Sres.
H. Cámara de Diputados de la Nación
Presente

De mi consideración:

Quien suscribe, con poder suficiente para este acto, DECLARA BAJO JURAMENTO que los juicios que mantiene con la H. Cámara de Diputados de la Nación son los que se detallan a continuación.

Sin otro particular lo saludo muy atte.

Carátula:

Nº de Expediente:

Monto Reclamado:

Fuero, Juzgado y Secretaría:

Entidad Demandada/te

Carátula:

Nº de Expediente:

Monto Reclamado:

Fuero, Juzgado y Secretaría:

Entidad Demandada/te

FIRMA y SELLO:

ACLARACIÓN:.....



Ciudad de Buenos Aires,

Sres.

H. Cámara de Diputados de la Nación

Presente

De mi consideración:

Por medio de la presente, el que suscribe en carácter de debidamente acreditado de la firma....., MANIFIESTA EN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA que la firma antes citada no mantiene Juicios con la Honorable Cámara de Diputados de la Nación

Sin otro particular lo saludo muy atte.

FIRMA y SELLO:.....

ACLARACIÓN:.....



**AUTORIZACIÓN DE ACREDITACIÓN DE PAGOS
DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN**

Ciudad de Buenos Aires,

de 2016

SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN GENERAL ADMINISTRATIVO CONTABLE
SUB-DIRECCIÓN DE TESORERÍA

El que suscribe.....en mi carácter de
....., CUIT/CUIL N°..... autorizo a que todo pago que deba
realizar la SUB-DIRECCIÓN DE TESORERÍA de la HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN en cancelación de deudas a
mi favor por cualquier concepto sea efectuado en la cuenta bancaria que a continuación se detalla:

- DATOS DE LA CUENTA BANCARIA.....
- NUMERO DE CUENTA.....
- TIPO: CORRIENTE/CAJA DE AHORRO
- CBU DE LA CUENTA.....
- BANCO.....
- SUCURSAL.....
- DOMICILIO.....

La orden de transferencia de fondos a la cuenta arriba indicada, efectuada por la SUB – DIRECCIÓN DE TESORERÍA de la HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN extinguirá la obligación del deudor por todo concepto, teniendo validez todos los depósitos que allí se efectúen hasta tanto, cualquier cambio que opere en la misma, no sea notificado fehacientemente. El beneficiario exime a la HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN de cualquier obligación derivada de la eventual mora que pudiera producirse como consecuencia de modificaciones sobre la cuenta bancaria.

.....
Firma Titular/res Cuenta Bancaria

.....
Certificación Entidad Bancaria

.....
Intervención SUB-DIRECCIÓN DE TESORERÍA

R.P. N° 0183/12

Buenos Aires.....

"PLANILLA DE COTIZACIÓN"

El que suscribe _____, Documento de Identidad Nº _____, en nombre y representación de _____ con domicilio legal en la calle _____ Nº _____, Localidad _____, Teléfono _____, Mail: _____ y con poder suficiente para obrar en su nombre, según consta en contrato poder que acompaña, luego de interiorizarse de las condiciones particulares y técnicas que rigen la presente compulsa, cotiza los siguientes precios:

RENGLÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCIÓN	Costo Unitario (IVA incluido)	Costo Subtotal
1	1	12 meses	SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES – ESCOLARES	\$	\$
2	1	12 meses	SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL ESTABLECIMIENTO JARDIN MATERNAL	\$	\$
MONTO TOTAL OFERTADO:					\$
SON PESOS: _____					

FORMA DE PAGO: SEGÚN PLIEGO

PLAZO DE ENTREGA: SEGÚN PLIEGO

PLAZO DE MANTENIMIENTO DE OFERTA: SEGÚN PLIEGO

SI		NO	
SI		NO	
SI		NO	