



## **Ministerio de Salud de la Nación**

### **REPÚBLICA ARGENTINA MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN**

**COMPARACIÓN DE PRECIOS**  
**SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° EX-2019-109001968- -APN-DD#MSYDS**  
 Proyecto para la interrupción de la Trasmisión Vectorial del Tripanosoma Cruzi y Control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina-Etapa2 - Préstamo FONPLATA ARG 41/2019

#### **“Contratación de Seguros para Técnicos FONPLATA”**

N° de Nota 1558/2019.  
 Buenos Aires, 17 de diciembre de 2019.

1. El gobierno de la República Argentina (en adelante denominado el prestatario) ha recibido del FONPLATA un préstamo para financiar parcialmente el costo del Proyecto para la interrupción de la Trasmisión Vectorial del Tripanosoma Cruzi y Control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina-Etapa2, y el prestatario se propone utilizar parte de los fondos de este préstamo para efectuar pagos de gastos elegibles en virtud de la orden de compra para la cual se emite esta solicitud de cotización.
2. La presente comparación de precios se realiza de acuerdo al Convenio de Préstamo FONPLATA ARG 41/2019, las Normas de Adquisiciones del FONPLATA.
3. El Proyecto Interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en la República Argentina como Comprador invita a vuestra firma a presentar cotización de precio en el formulario de cotización contenido en el Apéndice I para el suministro de los siguientes bienes:

<b>Lote</b>	<b>Descripción</b>
Único	Seguro de Accidentes Personales para técnicos de campo

4. Las especificaciones técnicas y las cantidades requeridas se detallan en el Apéndice II.
5. Vuestra firma deberá cotizar por lote completo.  
 Las ofertas serán evaluadas por el lote. Si el Formulario de Cotización no incluye los precios de los artículos listados, se asumirá que éstos están incluidos en los precios de otros artículos.
6. Vuestra cotización deberá ser presentada y dirigida a:

**Proyecto para la interrupción de la Trasmisión Vectorial del Tripanosoma Cruzi y Control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina-Etapa2 - Préstamo FONPLATA ARG 41/2019**  
**Dirección Postal: Dirección General de Compras, Ministerio de Salud – Moreno 1257, Piso 2° –**  
**Ciudad Autónoma de Buenos Aires**  
**CP N° EX-2019-109001968- -APN-DD#MSYDS**  
**Tel/Fax: 4372-3733**  
**Contrataciones-ufis@ufisalud.gov.ar**



## **Ministerio de Salud de la Nación**

### 7. Formalidades de la presentación

La documentación que deberá acompañar la propuesta es la siguiente:

1. Presentación del presupuesto (de acuerdo al modelo del Apéndice I) en hoja con membrete de la Empresa firmada por una persona responsable de la misma, donde indique expresamente el mantenimiento de la oferta.
2. Constancia de inscripción ante la AFIP (CUIT) vigente del licitante.
3. Una copia simple del estatuto, contrato social o poder, según corresponda del licitante.
4. El presente pliego de bases y condiciones con la totalidad de sus hojas firmadas en original.
5. Las ofertas se deberán realizar por lote completo.
6. Todas las hojas que compongan la oferta deberán estar inicialadas y la última, como así también en la que figure la oferta económica, deberán contar con su firma completa.

8. La fecha límite para presentar vuestra cotización es el día **20 de Diciembre de 2019 a las 14:00 hs.** Si al cierre de la fecha límite no se recibieran un mínimo de tres (3) cotizaciones válidas, el Comprador podrá requerir nuevas cotizaciones a ser presentadas dentro de las 72 hs. de notificadas invitaciones adicionales.

9. Las otras condiciones de suministro son las siguientes:

- a) **PRECIOS:** los precios deberán ser cotizados en pesos argentinos. **Los precios indicados precedentemente son fijos y no serán objeto de ajuste durante la ejecución del contrato.**
- b) **EVALUACIÓN Y ADJUDICACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA:** las ofertas que se determinen que responden sustancialmente a las especificaciones técnicas, serán evaluadas por comparación de sus precios. La adjudicación recaerá en la firma que ofrezca el precio total evaluado como el más bajo y reúna las características requeridas de capacidad técnica y financiera.
- c) **ORDEN DE COMPRA:** dentro de los 2 días de notificado de la adjudicación, el Proveedor seleccionado deberá suscribir el Formulario de Orden de Compra cuyo modelo se indica en el Apéndice III.
- d) **AMPLIACIÓN DE ORDEN DE COMPRA:** la orden de compra podrá ser ampliada previa conformidad del adjudicatario por hasta dos meses a contar desde el vencimiento de la orden de compra original.
- e) **FACTURACIÓN:**
  - Deberá facturar a Nombre y N° de Proyecto.
  - Deberá emitir factura Tipo "B" si es RESPONSABLE INSCRIPTO.
  - Deberá emitir factura Tipo "C" si se tratara de EXENTO O RESPONSABLE MONOTRIBUTO
  - El número de coberturas a facturar mes a mes corresponderá al máximo número total de técnicos de campo 258 (doscientos cincuenta y ocho) sin que se modifique por altas o bajas de los mismos durante el tiempo de cobertura.
- f) **PAGO:** las coberturas mensuales al precio unitario estipulado en la Orden de Compra según la nómina emitida por el proyecto según consta en el Punto A del Anexo II



## **Ministerio de Salud de la Nación**

especificaciones técnicas. El pago se hará efectivo al Proveedor dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del certificado de aceptación emitido por el representante del Comprador. **Los pagos se realizarán con cheque NO A LA ORDEN. El pago de todos los impuestos, derechos de licencia, etc., que graven los bienes objeto del contrato hasta el momento de la entrega será a cargo del Proveedor. Con relación al IVA y al Impuesto a las Ganancias, la retención correspondiente será efectuada al momento del pago.**

**10. Las consultas y aclaraciones deberán formularse por escrito (personalmente, por fax o e-mail) hasta tres días hábiles antes de la apertura a la siguiente dirección; y sus respuestas serán giradas a todos los invitados a cotizar, sin especificar cuál de ellos realizó el requerimiento.**

**Proyecto para la interrupción de la Trasmisión Vectorial del Tripanosoma Cruzi y Control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina-Etapa2 - Préstamo FONPLATA ARG 41/2019**  
**Dirección Postal: Dirección General de Compras, Ministerio de Salud – Moreno 1257, Piso 2° –**  
**Ciudad Autónoma de Buenos Aires**  
**CP N° EX-2019-109001968- -APN-DD#MSYDS**  
**Tel/Fax: 4372-3733**  
**Contrataciones-ufis@ufisalud.gov.ar**

Atentamente,

**Dra. Silvia Beatriz Pérez**  
**Compras Y Contrataciones**  
**Internacionales**



## Ministerio de Salud de la Nación

### Anexo I Formulario de Cotización

Fecha: [día] de [mes] de [año]

Señores Proyecto para la interrupción de la Trasmisión Vectorial del *Tripanosoma Cruzi* y Control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina-Etapa2 - Préstamo FONPLATA ARG 41/2019

Nombre del Comprador:

Asunto: invitación a presentar cotizaciones para "Seguro de Accidentes Personales para técnicos de campo"

Luego de haber examinado los documentos adjuntos en su nota de invitación a presentar cotizaciones para el proceso mencionado en el asunto, los abajo firmantes ofrecemos la provisión de *Seguros de Accidentes Personales para Técnicos de Campo del Proyecto FONPLATA ARG 41/2019* de acuerdo a las condiciones estipuladas en la siguiente tabla:

1	2	3	4	5	6	7
Lote	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Costo Total (Col. 3x4)	IVA	Precio Total (Col. 5+6)
	Seguro de Accidentes Personales para técnicos de campo	258/mes				

**Precio total (EN NÚMEROS):**

**Precio total (EN LETRAS):**

**Alícuota IVA:**

**VALIDEZ DE OFERTA:** esta cotización será válida por 45 días desde el día de la fecha límite establecida en el punto 8.

(Nota: En caso de discrepancia entre el precio unitario y el total derivado del precio unitario, prevalecerá el precio unitario).

**El Proveedor confirma conocer y aceptar las especificaciones ofertadas firmando al pie de la presente (En el supuesto desviaciones el Proveedor deberá indicar tales desviaciones).**

**NOMBRE DEL PROVEEDOR (RAZÓN SOCIAL COMPLETA):** \_\_\_\_\_

**Nº DE CUIT DEL LICITANTE:** \_\_\_\_\_

**CONDICIÓN DEL CONTRIBUYENTE FRENTE AL IVA:** \_\_\_\_\_

**ORDEN A LA QUE DEBE SER EXTENDIDO EL CHEQUE EN CASO DE SER ADJUDICATARIO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA AUTORIZADA:** \_\_\_\_\_

**ACLARACIÓN Y CARGO DE FIRMA AUTORIZADA:** \_\_\_\_\_

**LUGAR:** \_\_\_\_\_



## **Ministerio de Salud de la Nación**

### **Anexo II** **Especificaciones Técnicas**

#### **Seguro de Accidentes Personales para técnicos de campo del Proyecto FONPLATA ARG 41/2019**

- a)** CANTIDAD DE CONTRATADOS A ASEGURAR; Doscientos cincuenta y ocho (258) contratados, de entre 18 y 64 años de edad, inclusive.
- b)** TAREAS A DESARROLLAR POR EL PERSONAL ASEGURADO; tareas de Fumigación (*comprende tareas de control de ataque químico y de evaluación entomológica de viviendas y peridomicilios*). Manipulación de productos químicos. Está contemplado el uso de Motocicleta por parte del personal contratado. Pernocte en lugares de fumigación y permanecía de hasta veinte (20) días corridos.
- c)** LUGAR DE TAREAS; los contratados prestaran sus servicios en las siguientes provincias de la República Argentina; Catamarca; Chaco; Córdoba; Corrientes; Entre Ríos; Formosa; Jujuy; La Pampa; La Rioja; Mendoza; Misiones; Neuquén; Rio Negro; Salta; Santiago del Estero; San Juan; San Luis; Santa Fe y Tucumán.
- d)** ALCANCE DE LA COBERTURA; Jornada Laboral e in-itinere/24 horas.
- e)** DURACIÓN DE LA COBERTURA; desde 30 de diciembre de 2019 y el 31 de octubre de 2020.
- f)** COBERTURA REQUERIDA / CAPITAL MINIMO ASEGURADO; La Cobertura debe comprender:
  - ✓ *Fallecimiento por accidente (\$ 250.000,00)*
  - ✓ *Invalidez Total y/o Parcial permanente por accidente (\$ 250.000,00)*
  - ✓ *Asistencia Medico-Farmacéutica (\$ 25.000,00)*
- g)** MODALIDAD DE COBERTURA:
  - ✓ Red de prestadores para segundo y tercer nivel en las diecinueve (19) provincias incluidas en el Proyecto.
  - ✓ Denuncia de siniestro y solicitud de cobertura dentro de los treinta (30) días de ocurrido el mismo.
  - ✓ Documentación respaldatoria de siniestro: resumen de historia clínica, certificado médico y facturas de pago.
  - ✓ Cobertura de estudios periódicos específicos en salud.



## Ministerio de Salud de la Nación

<p align="center"><b>Ministerio de Salud de la Nación</b>  <b>Proyecto para la interrupción de la Trasmisión Vectorial del Tripanosoma Cruzi y Control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina-Etapa2 - Préstamo FONPLATA ARG 41/2019</b></p>		<p align="center">IMPORTANTE!  TODA CORRESPONDENCIA, ENVIO  O REFERENCIA DEBE MOSTRAR  ESTE NUMERO</p>			
<p align="center"><b>ORDEN DE COMPRA</b></p>		<p align="center"><b>Nº</b></p>		<p align="center"><b>EX-2019-109001968- -APN-DD#MSYDS</b></p>	
<p><b>OFICINA EMISORA:</b>  <b>Proyecto para la interrupción de la Trasmisión Vectorial del Tripanosoma Cruzi y Control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina-Etapa2</b>  FONPLATA ARG 41/2019  Moreno 1257 Piso 2º – CABA  (C1091AAY)  CUIT 30-54666342-2</p>		<p><b>NOMBRE Y DIRECCION DEL VENDEDOR:</b></p>			
<p><b>TERMINOS DE PAGO:</b> según pliego</p>		<p><b>FECHA DE ENTREGA:</b> según pliego</p>			
<p><b>LOTE Nº</b></p>	<p><b>DESCRIPCIÓN DE BIENES</b></p>	<p><b>UNIDAD</b></p>	<p><b>CANT.</b></p>	<p><b>PRECIO UNIT.</b></p>	<p><b>MONTO</b></p>
<p>único</p>	<p><b>Seguro de Accidentes Personales para técnicos de campo</b></p>	<p>Asegurado</p>	<p>258</p>		
<p><b>OBSERVACIONES:</b>  Los valores están expresados en Pesos Argentinos.   La contratación rige hasta el 31 de Octubre de 2020.</p>		<p>FLETE ESTIMADO</p>			
		<p>MONTO TOTAL  Neto de IVA</p>			
		<p>IVA 10,5 %</p>			
		<p>IVA 21 %</p>			
		<p>MONTO MENSUAL IVA INCLUIDO</p>			
		<p>MONTO TOTAL</p>			
<p>FIRMA  AUTORIZADA:</p>	<p align="center">(Firma)</p>		<p align="center">(Fecha)</p>		
<p align="center"><b>LA PRESENTE ORDEN ES ACEPTADA POR</b>  Certifico que los bienes entregados bajo esta Orden de Compra vienen de/fueron manufacturados o ensamblados en:</p>					
<p align="center">(Sello y Firma del Vendedor)</p>			<p align="center">(Fecha)</p>		
<p><b>NOTA IMPORTANTE AL PROVEEDOR</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Esta Orden de Compra está sujeta a las condiciones generales de la solicitud de cotización.</li> <li>El proveedor no podrá ceder, transferir, dar en prenda o enajenar la presente orden de compra o la facturación resultante de la misma.</li> <li>La copia de confirmación adjunta debe ser consignada y retornada a nuestras oficinas. La información requerida en espacios de blanco debe ser completada.</li> <li><u>Liquidación por daños y perjuicios:</u> para el caso demora en la entrega, el Comprador podrá aplicar una penalidad del 3 % por semana de atraso a descontar del precio de la Orden de Compra.</li> <li><u>Incumplimiento del Proveedor:</u> el Comprador podrá cancelar la Orden de Compra si el Proveedor no cumple la entrega de los bienes, de acuerdo con las condiciones del Pliego.</li> <li>De conformidad con las Cláusulas de adquisiciones del FONPLATA, deberán observar las más estrictas normas de ética durante el proceso.</li> </ol>					