



HONORABLE SENADO DE LA NACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE COMPRAS  
H. Yrigoyen 1710 - 2° Piso Of. 228  
TEL. 2822-3250/8 - FAX 2822-3253  
CUIT: 30-62355199-3

14 FEB 2018

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
|   | ORIGINAL AL PROVEEDOR               |
| X | DUPLICADO PARA EL EXPEDIENTE        |
|   | TRIPPLICADO PARA LA SUB. DE COMPRAS |

ORDEN DE COMPRA N° 14/2018

EXP-HSN:000204/2018

**CONTRATACIÓN DIRECTA  
INTERADMINISTRATIVA**  
N° 15/18  
DA N°0011/2018

Fecha de Entrega:  
Señor/es: **PROVINCIA SEGUROS S.A.**  
CUIT: 30-52750816-5  
Calle: Carlos Pellegrini 71 CP 1009 CABA  
Tel/Fax: 4346-7337 INT. 7692  
E-mail: fontanag@pseguros.com.ar - gcorbo@castello-mercuri.com.ar

|  |  |
|--|--|
| Dependencia solicitante:<br><b>DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS</b> | Lugar de prestación:<br><b>Jardín del Bosque - Moreno 2010</b> |
|--|--|

SIRVASE PROVEER POR CUENTA DE ESTA CAMARA LOS ARTICULOS/SERVICIOS QUE A CONTINUACION SE DETALLAN:

| Renglón N°                                       | CANTIDAD DE MESES | ARTICULO   | Precio unitario PESOS | Precio TOTAL PESOS  |
|--|-------------------|--|-----------------------|---------------------|
| 1  | 10                | <b>CONTRATACIÓN POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR COSTO MENSUAL POR PERSONA \$37,50</b><br><br>Orden de Compra abierta hasta un máximo de 200 personas. Todo de acuerdo a vuestro presupuesto el cual se adjunta y es parte integrante de la presente, totalizando 2 fojas | \$ 7.500,00           | \$ 75.000,00        |
| Total .....                                      |                   |  |                       | <b>\$ 75.000,00</b> |
| <b>SON PESOS SETENTA Y CINCO MIL CON 00/100.</b> |                   |  |                       |                     |

**PLAZO DE PRESTACIÓN:** 01/03/2018 al 01/01/2019.

**CONDICIONES DE PAGO:** La facturación será mensual, por el servicio efectivamente prestado y el plazo de pago será dentro de los 30 (treinta) días y comenzara a regir, una vez presentada la factura

**RESPONSABILIDAD:** La adjudicataria será la única y exclusiva responsable y se obligará a reparar la totalidad de los daños y perjuicios de cualquier naturaleza que se produzcan con motivo o en ocasión del servicio, o trabajo o suministro que se realice, ya sea por su culpa, dolo o negligencia, delitos y/o cuasidelitos, actos y/o hechos del personal bajo su dependencia, o por las cosas de su propiedad y/o que se encuentren bajo su guarda o custodia.-

**EN EL CASO DE QUE PERSONAL DEL ADJUDICATARIO INGRESE AL HSN:**

Deberá presentar ante el Departamento de Higiene y Seguridad los certificados de cobertura de Riesgos del Trabajo (ART o Seguro de Accidentes Personales) de su personal y toda otra documentación requerida por la normativa vigente. La documentación deberá ser actualizada según corresponda, para que sea cargada, previa verificación por parte del Departamento de Higiene y Seguridad, en el SICCAPE, en papel (personalmente o por fax) o digitalizado a través de correo electrónico.

LIC. GUSTAVO D. CURA  
Subdirector de Compras  
Dirección de Administración  
H. Senado de la Nación

**CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN  
SUMINISTROS DE BIENES**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| PLAZO DE ENTREGA      | FACTURACIÓN: La misma se deberá remitir a la SUBDIRECCIÓN DE PRESUPUESTO y LIQUIDACIONES sita en H. Yrigoyen 1710 Piso 2° Of. 230 C.A.B.A. de 11:00 A 19:00 Hs.- |
| FECHA DE VENCIMIENTO: | INSTRUCCIONES: REQUISITOS PARA LA TRAMITACION DEL COBRO : EL PROVEEDOR   |
| OBRAS Y/O SERVICIOS   | DEBERÁ PRESENTAR LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:   |
| PLAZO DE INICIO:      | a) Remito/s original/es si correspondiere  |
| PLAZO DE PRESTACIÓN:  | b) Facturas: original y duplicado. La presentación será según el ARTICULO 101° del DP 368/16, el cual se adjunta.-   |
| FECHA DE INICIO       | c) Original de la respectiva Orden de Compra.  |
| 01/03/2018            |  |
| FECHA DE VENCIMIENTO: |  |
| 01/01/2019            |  |

  
.....  
**FIRMA DEL ADJUDICATARIO:**

**ACLARACIÓN:** \_\_\_\_\_  
**TIPO Y NRO. DE DOC.:** \_\_\_\_\_

**JOSE L. BRITZ  
DNI 35.488.517  
RECIBIDO**

Buenos Aires, 4 de enero de 2018



Señores  
**HONORABLE CAMARA DE SENADORES DE LA NACION**  
Presente

**Ref.: CONTRATACIÓN SEGUROS VIDA**

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ustedes a los efectos de  
informarles nuestros costos de referencia.

**Vigencia:** 01/03/2018 al 01/01/2019.

1- JARDIN MATERNAL:

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

Asegurados: aprox. 180 participantes menores de 65 años. Nominados  
Forma de Pago: mensual  
Cobertura: Durante las actividades e in itinere

**Opción 1:**

Riesgos y Capitales:

Muerte \$ 100.000.-  
Invalidez \$ 100.000.-  
AMF \$ 4.500.- FRANQUICIA \$ 200.-  
Premio mensual por persona: \$ 14,75.-

**Opción 2:**

Riesgos y Capitales:

Muerte \$ 200.000.-  
Invalidez \$ 200.000.-  
AMF \$ 5.000.- FRANQUICIA \$ 200.-  
Premio mensual por persona: \$ 26,30.-

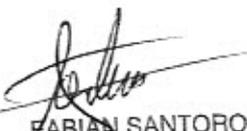
**Opción 3:**

Riesgos y Capitales:

Muerte \$ 300.000.-  
Invalidez \$ 300.000.-  
AMF \$ 5.000.- FRANQUICIA \$ 200.-  
Premio mensual por persona: \$ 37,50.-

Sin otro particular saludamos a Ustedes muy atentamente.

  
LIC. GUSTAVO D. CURA  
Subdirector de Compras  
Dirección de Administración  
H. Senado de la Nación

  
FABIAN SANTORO  
Agentes Claves  
Gerencia Comercial  
Provincia Seguros S.A.