



ANEXO I
PLANILLAS DE COTIZACIÓN

PLANILLA DE COTIZACIÓN 1 - DEL SERVICIO

	Ítem N°	Cantidad	Unidad de medida	Descripción	Precio Mensual (IVA incluido)	Precio Anual (IVA incluido)
SERVICIO DE MEDICINA LABORAL Y DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.	1	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de control de ausentismo por profesional de la salud que incluirá hasta TREINTA (30) visitas por mes a realizarse en el ámbito de la C.A.B.A.	\$ 180.000.-	\$ 2.160.000
	2	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de control de ausentismo por profesional de la salud que incluirá hasta TREINTA (30) visitas por mes a realizarse en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, con radio de cobertura de hasta ochenta (80) kilómetros contados desde el kilómetro CERO de la C.A.B.A.	\$ 270.000.-	\$ 3.240.000
	3	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> en Seguridad e Higiene en el Trabajo.	\$ 40.000	\$ 480.000
	4	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de Control médico en consultorio, incluirá hasta un máximo tres (3) controles (según especificaciones técnicas de este pliego)	\$ 15.000	\$ 180.000
	5	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de Exámenes preocupacionales y exámenes de egreso, de un (1) examen mensual	\$ 8.500	\$ 102.000
	6	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de Homologación de exámenes en S.R.T., de un (1) examen mensual	\$ 5.000	\$ 60.000
	TOTALES (MENSUAL Y ANUAL)				\$ 518.500	\$6.222.000

TOTAL DE LA OFERTA:

EL ABONO MENSUAL SON PESOS Quinientos dieciocho mil quinientos.

EL SERVICIO ANUAL SON PESOS Seis millones doscientos ventidos mil.-

MANTENIMIENTO DE OFERTA, PLAZO DE ENTREGA, FORMA DE PAGO: SEGÚN PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES.

Gustavo Alejandro Grabivker Socio Gerente

FIRMA Y ACLARACIÓN

IF-2023-00001919-ESPACIOMEMORIAYDDHH.



PLANILLA DE COTIZACIÓN 2 - DE EXCEDENTES / CANTIDADES ADICIONALES

Ítem N°	Cantidad	Unidad de medida	Descripción	Precio unitario IVA incluido	Precio Total IVA incluido
1	1	1	Visita excedente mensual, a partir de la visita TREINTA Y UNA (31), a realizarse en el ámbito de C.A.B.A.	\$ 6.000	\$
2	1	1	Visita excedente mensual, a partir de la visita TREINTA Y UNA (31), a realizarse en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, con radio de cobertura de hasta ochenta (80) kilómetros contados desde el kilómetro CERO de la C.A.B.A.	\$ 9.000	\$
3	1	1	Excedente del Control médico en consultorio, a partir del cuarto (4°) control médico mensual (según especificaciones técnicas de este pliego)	\$ 5.000	\$
4	1	1	Excedente de Exámenes preocupacionales y exámenes de egreso, a partir del segundo (2°) examen preocupacional mensual.	\$ 8.500	\$
5	1	1	Excedente de Homologación de exámenes en S.R.T., a partir de la segunda (2°).	\$ 5.000	\$

Esta PLANILLA DE COTIZACIÓN 2 es para la cotización de los excedentes del abono mensual cotizado en la PLANILLA DE COTIZACIÓN 1. En caso de ser necesaria la utilización de uno de estos adicionales, las prestaciones serán provistas por el contratista durante la vigencia del contrato en los precios cotizados en la presente PLANILLA DE COTIZACIÓN 2.

Gustavo Alejandro Grabiwyker Socio Gerente

FIRMA Y ACLARACIÓN

Escriba el texto aquí

IF-2023-00001919-ESPACIOMEMORIAYDDHH-

ANEXO I PLANILLAS DE COTIZACIÓN
PLANILLA DE COTIZACIÓN 1 - DEL SERVICIO

	Item N°	Cantidad	Unidad de medida	Descripción	Precio Mensual (IVA incluido)	Precio Anual (IVA incluido)
SERVICIO DE MEDICINA LABORAL Y DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.	1	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de control de ausentismo por profesional de la salud que incluirá hasta TREINTA (30) visitas por mes a realizarse en el ámbito de la C.A.B.A.	\$ 180.000.-	\$2.160.000
	2	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de control de ausentismo por profesional de la salud que incluirá hasta TREINTA (30) visitas por mes a realizarse en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires con radio de cobertura de hasta ochenta (80) kilómetros contados desde el kilómetro CERO de la C.A.B.A.	\$ 270.000.-	\$3.240.000
	3	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> en Seguridad e Higiene en el Trabajo.	\$ 40.000	\$480.000
	4	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de Control médico en consultorio, incluirá hasta un máximo tres (3) controles (con/ sin penalizaciones técnicas de este pliego)	\$ 15.000	\$180.000
	5	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de Exámenes preocupacionales y exámenes de egreso, de un (1) examen mensual	\$ 8.500	\$102.000
	6	12	Mes	Servicio <u>abono mensual</u> de Homologación de exámenes en S.R.T., de un (1) examen mensual	\$ 5.000	\$60.000
	TOTALES (MENSUAL Y ANUAL)				\$18.500	\$6.222.000

TOTAL DE LA OFERTA:

EL ABONO MENSUAL SON PESOS Quinientos dieciocho mil quinientos.

EL SERVICIO ANUAL SON PESOS Seis millones doscientos ventidos mil.-

MANTENIMIENTO DE OFERTA, PLAZO DE ENTREGA, FORMA DE PAGO: SEGÚN PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES.

Gustavo Alejandro Grabivker Socio Gerente
 Firma y Aclaración

CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L.
Dr. GUSTAVO ALEJANDRO GRABIVKER
SOCIO GERENTE

PLANILLA DE COTIZACIÓN 2 - DE EXCEDENTES / CANTIDADES ADICIONALES

Item N°	Cantidad	Descripción	
1	1	Visita excedente mensual, a partir de la visita TREINTA Y UNA (31), a realizarse en el ámbito de C.A.B.A.	\$6.000 \$
2	1	Visita excedente mensual, a partir de la visita TREINTA Y UNA (31), a realizarse en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, con radio de cobertura	\$9.000 \$
3	1	Excedente del Control médico en consultorio, a partir del cuarto (4°) control médico mensual	\$5.000 \$
4	1	Excedente de Exámenes preocupacionales y exámenes de egreso, a partir del segundo (2°) examen preocupacional mensual.	\$8.500 \$
5	1	Excedente de Homologación de exámenes en S.R.T., a partir de la segunda (2°).	\$5.000 \$
<p>Esta PLANILLA DE COTIZACIÓN 2 es para la cotización de los excedentes del abono mensual cotizado en la PLANILLA DE COTIZACIÓN 1. En caso de ser necesaria la utilización de uno de estos adicionales, las prestaciones serán provistas por el contratista durante la vigencia del contrato en los precios cotizados en la presente PLANILLA DE COTIZACIÓN 2.</p>			

Gustavo Alejandro Grabivker Socio Gerente

Firma y Aclaración
CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L.
Dr. GUSTAVO ALEJANDRO GRABIVKER
SOCIO GERENTE



Cecilia Grierson 255 - C1107CPE - Capital Federal - Tel.: 4320-7200

Aseguradora de Créditos y Garantías S.A.
POLIZA DE SEGURO DE CAUCION

Póliza N° 1580928

GARANTIA de MANTENIMIENTO de OFERTA

CONDICIONES PARTICULARES: Esta compañía en adelante llamada 'EL ASEGURADOR', en su carácter de fiador solidario con renuncia a los beneficios de excusión y división, y con arreglo a las Condiciones Generales que forman parte de esta Póliza y a las particulares que seguidamente se detallan asegura a:

ENTE PUBLICO ESPACIO PARA LA MEMORIA Y PARA LA PROMOCION Y DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

CUIT: 30-71125783-3

con domicilio en: AV. DEL LIBERTADOR 8151 C.A.B.A.

en adelante 'EL ASEGURADO', el pago de hasta la suma de:

PESOS 311,100.00 TRESCIENTOS ONCE MIL CIEN CON CERO CTVS

que resulte adeudarle:

CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L.

CUIT: 30-60041791-2

con domicilio en: AV. LA PLATA 1963/65 0 (1250) CAPITAL FEDERAL

en adelante 'EL TOMADOR', por afectación de la garantía que de acuerdo a la ley, las bases de la licitación y el contrato, en su caso, está obligado a constituir, según el objeto que se indica en las Condiciones Generales adjuntas, integrantes de esta póliza.

OBJETO DE LA LICITACION O EL CONTRATO

**LICITACION PRIVADA N° 02/2023 - EXPEDIENTE N° EX-2023
00000324-ESPACIOMEMORIA Y DDHH-SCCC#EMPDDH - CONTRATACION DEL
SERVICIO DE MEDICINA LABORAL Y SEGURIDAD E HIGIENE EN EL
TRABAJO. -----
-----**

**ASEGURADORA
DE CREDITOS Y
GARANTIAS S.A.**
Firmado digitalmente
por ASEGURADORA DE
CREDITOS Y GARANTIAS
S.A.
Fecha: 2023.08.09
10:28:35 -03'00'

**PRODUCTOR : RICO, ADRIAN ALEJANDRO GS. ADQUISICION : 720.00 PRIMA DE TARIFA : 3000.00 PRIMA OPERATIVA : 3182.40 CG.NOT:
3500.00 ING. BRUTOS: 146.97 IMP. Y CONT.: 2536.77**

**El presente seguro regirá desde las 0 hs del día 09/08/2023 hasta la extinción de las obligaciones del Tomador cuyo cumplimiento cubre,
Buenos Aires, 9 de Agosto de 2023**

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.
El asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.

Suplementos: ,002,081

NADIA TORRES CAFFAREL
APODERADA

co480 1

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 011 4320-7221 o 011 4320-7248. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web: <http://www.acg.com.ar>. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gov.ar. El temperamento expuesto no aplica a las pólizas emitidas por Aseguradoras de Riesgos del Trabajo. Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono: 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía internet a la siguiente dirección: <http://www.ssn.gov.ar>.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución N° 20943

CONDICIONES GENERALES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

1º) Las partes contratantes se someten a las Condiciones de la presente póliza como a la ley misma. Las disposiciones de los Códigos Civil y de Comercio y demás leyes, solamente se aplicarán en las cuestiones no contempladas en esta póliza y en cuanto ello sea compatible. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, predominarán estas últimas.

VINCULO Y CONDUCTA DEL TOMADOR

2º) Las relaciones entre el Tomador y el Asegurador se rigen por lo establecido en la solicitud accesoria a esta póliza, cuyas disposiciones no podrán ser opuestas al Asegurado. Los actos, declaraciones, acciones u omisiones del Tomador de la póliza, incluida la falta de pago del premio en las fechas convenidas, no afectarán en modo alguno los derechos del Asegurado frente al Asegurador. La utilización de esta póliza implica ratificación de los términos de la solicitud.

OBJETO Y EXTENSION DEL SEGURO

3º) La presente póliza garantiza las obligaciones del Tomador de mantener la oferta y en su caso, firmar el contrato respectivo, en la forma y plazo requeridos en la ley y en las bases de la Licitación mencionada en las Condiciones Particulares. Queda entendido y convenido que el Asegurador quedará liberado del pago de la suma garantizada cuando las disposiciones legales, o contractuales pertinentes establezcan la dispensa del Tomador.

SUMA ASEGURADA

4º) La suma máxima garantizada por la presente póliza, deberá entenderse como suma nominal no susceptible a los efectos del pago de ninguna clase de incremento por depreciación monetaria u otro concepto y constituirá el límite máximo de la responsabilidad del Asegurador.

MODIFICACION DEL RIESGO

5º) La garantía que instrumenta la presente póliza mantendrá su pleno efecto aún cuando el Asegurado conviniere con el Tomador modificaciones que alteren las bases de la licitación, siempre que ellas estén previstas en la ley aplicable o en dichas bases.

DETERMINACION Y CONFIGURACION DEL SINIESTRO

6º) Una vez firme la resolución dictada dentro del ámbito interno del Asegurado, que establezca la responsabilidad del Tomador por incumplimiento de las obligaciones a su cargo, el Asegurado tendrá derecho a exigir al Asegurador el pago pertinente, luego de haber resultado infructuosa la intimación extrajudicial de pago hecho por aquél, no siendo necesaria otra interpelación ni acción previa contra sus bienes.

PAGO DE LA INDEMNIZACION Y EFECTOS

7º) Reunidos los recaudos establecidos en la Clausula 6º, el siniestro quedará configurado al cumplirse el plazo que el Asegurado establezca en la intimación de pago hecha al Tomador sin que éste haya satisfecho tal requerimiento debiendo el Asegurador abonar la suma correspondiente dentro de los 15 (quince) días de serle requerida con la presentación de la documentación pertinente. Los derechos que correspondan al Asegurado contra el Tomador, en razón del siniestro cubierto por esta póliza, se transfieren al Asegurador, en todo lo que sea materia de la cobertura otorgada.

PRESCRIPCION LIBERATORIA

8º) La prescripción de las acciones contra el Asegurador se producirá cuando prescriban las acciones del Asegurado contra el Tomador, de acuerdo con las disposiciones legales o contractuales aplicables.

PLURALIDAD DE GARANTIAS

9º) En caso de existir dos o más instrumentos cubriendo cada uno de ellos en forma parcial la caución exigida por el Asegurado, el Asegurador participará a prorrata, en concurrencia con los otros garantes, hasta el importe total de la garantía.

TERMINOS - JURISDICCION

10º) Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computarán por días hábiles. Las cuestiones judiciales que se planteen con relación al presente contrato entre el Asegurador y el Asegurado, se substanciarán ante los jueces del domicilio de este último.

SUPLEMENTO NRO. 1 A LA POLIZA NRO. 1580928

CONDICION PARTICULAR

CLAUSULA ESPECIFICA DE EXCLUSION DE COBERTURA PARA LOS RIESGOS DE TERRORISMO, GUERRA, GUERRA CIVIL, REBELION, INSURRECCION O REVOLUCION, Y CONMOCION CIVIL

ARTICULO 1. RIESGOS EXCLUIDOS:

Queda especialmente entendido y convenido que se hallan EXCLUIDOS de la cobertura que específicamente otorga la presente póliza de seguro todo y cualquier reclamo por daño(s) y perjuicio(s), pérdida(s), lesión(es) de cualquier tipo o muerte, prestación(es), costo(s), desembolso(s) o gasto(s) de cualquier naturaleza, que sea(n) consecuencia inmediata, mediata, casual o remota de, o sea causado(s) directa o indirectamente por, o resulten o tengan conexión con: 1.1 Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, o de conmoción civil. 1.2 Todo y cualquier acto o hecho de terrorismo.

ARTICULO 2. ALCANCE DE LAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LA PRESENTE CLAUSULA.

Queda entendido y convenido que la exclusión de cobertura prevista en el Artículo 1 de esta Cláusula se extiende y alcanza a todo y cualquier reclamo por daño(s) y perjuicio(s), pérdida(s), lesión(es) de cualquier tipo o muerte, prestación(es), costo(s), desembolso(s) o gasto(s) de cualquier naturaleza, que sea(n) consecuencia inmediata, mediata, casual o remota de, o sea causado(s) directa o indirectamente por, o resulten o tengan conexión con cualquier acción tomada para prevenir, evitar, controlar o eliminar los riesgos enumerados precedentemente en 1.1 y 1.2, o disminuir sus consecuencias.

ARTICULO 3. DEFINICIONES.

A todos los fines y efectos de las exclusiones de cobertura que se establecen en el Artículo 1 de esta Cláusula, queda especialmente entendido y convenido que las palabras o términos utilizados en dicho artículo, en sus incisos 1.1 y 1.2 tendrán, única y exclusivamente, los siguientes significados o alcances:

3.1 Guerra.

Es: i) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).

3.2 Guerra Civil.

Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.

3.3 Guerrillas.

Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto -aunque lo sea en forma rudimentaria- y que, i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o ii) en el caso en que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.

3.4 Rebelión, insurrección o revolución.

Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país - sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.

3.5. Conmoción civil.

Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.

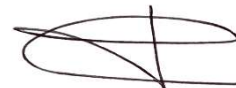
3.6 Terrorismo.

Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero -aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y i) que tengan por objeto a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; ii) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; iii) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

ARTICULO 4.

La presente Cláusula, que forma parte integrante de la presente póliza, que instrumenta el contrato de seguro oportunamente celebrado por las partes, prevalece y tiene prioridad sobre las restantes Condiciones Generales, Particulares y Específicas de dicha póliza. La cobertura que otorga la póliza en cuestión y sus restantes términos, condiciones, límites y exclusiones, en la medida en que no hayan sido modificados por esta cláusula, permanecen en vigor y serán plena y totalmente aplicables a cualquier reclamo que se formule bajo la misma.

Texto aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación - Proveído Nro. 97.127 de fecha 21/05/2002



NADIA TORRES CAFFAREL
APODERADA

Aseguradora de Créditos y Garantías S.A.

SUPLEMENTO ADICIONAL 01

Póliza N° 1580928

CAUCION

Asegurado:

ENTE PUBLICO ESPACIO PARA LA MEMORIA Y PARA LA PROMOCION Y
DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Proponente:

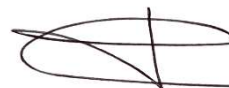
CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L.

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE ESTA POLIZA RESPONDE INTEGRA-
MENTE A LAS DISPOSICIONES DEL DECRETO 411/69.-----
SE DEJA CONSTANCIA QUE, CON RELACION A LA CLAUSULA 4 DE LAS
CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE POLIZA -SUMA ASEGURADA-
ESTA DEBE SER INTERPRETADA EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN
EN LA LEY DE CONVERTIBILIDAD (NRO. 23928 COMPLEMENTADA POR
EL DECRETO NRO. 529/91), Y MODIFICADA POR LA LEY DE EMERGEN-
CIA PUBLICA NRO. 25.561, Y MODIFICADA POR LA LEY NRO. 25.820
Y LAS DISPOSICIONES DE LA LICITACION O EL CONTRATO, SEGUN
CORRESPONDA.-----

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR EL PRESENTE SUPLEMENTO QUE
LA COMPANIA SE CONSTITUYE EN FIADOR SOLIDARIO, LISO, LLANO Y
PRINCIPAL PAGADOR DE LA GARANTIA PREVISTA EN EL PLIEGO DE LA
LICITACION, CON RENUNCIA DEL BENEFICIO DE EXCUSION Y DE DI-
VISION DE ACUERDO A LOS TERMINOS DE LOS ARTS. 1584 Y 1589
DEL CODIGO CIVIL Y COMERCIAL, POR TODO EL TERMINO DE
MANTENIMIENTO DE LA PROPUESTA Y POR LA TOTALIDAD DEL MONTO
SIN RESTRICCIONES NI SALVEDADES.-----
TEXTO APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA
NACION, SEGUN RESOLUCION NRO. 17047.-----

FIN DE CLÁUSULAS PARTICULARES-----

Buenos Aires, 9 de Agosto de 2023





CERTIFICACIÓN DE FIRMA DIGITAL
DEL REQUIRENTE
LEY 404



23215211034609/1


1 En la Ciudad de Buenos Aires, **9 de Agosto de 2023**, en mi carácter de
2 escribano **Titular** del Registro Notarial **2152** de la Ciudad de Buenos
3 Aires, CERTIFICO que la firma digital que obra en el documento adjunto a
4 la presente, fue puesta en mi presencia en reunión virtual por la persona
5 cuyo nombre, documento de identidad y justificación de identidad se
6 indica y en las circunstancias que se mencionan: **la señora Nadia Ayelén**
7 **TORRES CAFFAREL**, titular del Documento Nacional de Identidad
8 **33.998.145**, persona de mi conocimiento en los términos del inciso b)
9 artículo 306 del Código Civil y Comercial de la Nación, apoderada de
10 “ASEGURADORA DE CREDITOS Y GARANTIAS S.A.”, domiciliada en
11 Bouchard 680, piso 2, de esta ciudad, quien cuenta con facultades
12 suficientes para suscribir la presente que resultan del Poder Especial
13 que le otorgara su mandante por escritura del 25 de enero de 2018,
14 pasada al folio 121 del Registro Notarial 377, de esta ciudad, que he
15 tenido a la vista en su primera copia y según manifestara se
16 encuentra vigente, quien firma digitalmente el documento que se
17 incluye en la presente, consistente en la póliza de seguro de caución.
18 Doy fe.-



El Colegio de Escribanos de la Ciudad de Buenos Aires valida el carácter de escribano de RUBIO Hernan Horacio, Matrícula 4350 y que al día de la fecha se encuentra en el ejercicio de su función notarial. La presente no juzga sobre el contenido y forma del documento. Buenos Aires, 09/08/2023 10:38:21.-



ANEXO III DECLARACIONES JURADAS

DECLARACIÓN JURADA Nº 1	
Litigios y causales de inhabilidad	
Yo	
Gustavo Alejandro Grabivker	DNI 12012346
en carácter de	Socio Gerente ¹ de la
firma	CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L.
	² (en adelante,
"el oferente"), declaro bajo juramento que, a la fecha de suscripción de la presente, el oferente declara no tener demanda, arbitraje u otro tipo de litigio pendiente o resuelto, que involucre al Estado Nacional o a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como no estar incurso en ninguna de las causales de inhabilidad para contratar con el Estado Nacional, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Ente Público.	
Fecha de suscripción:	07 de Agosto de 2023
Firma del declarante:	
	Gustavo Alejandro Grabivker Socio Gerente
<small>¹ precisar si es titular, socio gerente, apoderado, etc. ² si es persona jurídica, precisar el nombre legal completo y tipo societario si correspondiera. En su caso, aclarar el nombre comercial o de fantasía entre paréntesis y por separado.</small>	



DECLARACIÓN JURADA Nº 2

Conocimiento de condiciones

Yo Gustavo Alejandro Grabivker DNI 12012346, en carácter
de Socio Gerente¹ de la firma
CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L

² (en adelante, "el oferente"), declaro bajo
juramento que, a la fecha de suscripción de la presente, el oferente declara conocer todos y cada
uno de los aspectos y las condiciones establecidas en el presente pliego y todos sus anexos.

Fecha de suscripción: 07 de Agosto de 2023

Firma del declarante:


Gustavo Alejandro Grabivker
Socio Gerente

Escriba el texto aquí

¹ precisar si es titular, socio gerente, apoderado, etc.

² si es persona jurídica, precisar el nombre legal completo y tipo societario si correspondiera. En su caso, aclarar el nombre comercial o de fantasía entre paréntesis y por separado.



DECLARACIÓN JURADA Nº 3

Competencia judicial

Yo Gustavo Alejandro Grabivker DNI 12012346, en carácter
de Socio Gerente¹ de la firma
CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L

² (en adelante, "el oferente"), declaro bajo
juramento que, que para cualquier situación judicial que se suscite, el oferente acepta la
competencia de los Juzgados en lo Contencioso Administrativo Federal, renunciando a cualquier
otra jurisdicción o competencia.

Fecha de suscripción: 07 de Agosto de 2023

Firma del declarante:


Gustavo Alejandro Grabivker
Socio Gerente

¹ precisar si es titular, socio gerente, apoderado, etc.

² si es persona jurídica, precisar el nombre legal completo y tipo societario si correspondiera. En su caso, aclarar el nombre comercial o de fantasía entre paréntesis y por separado.



Deudas alimentarias

_____ ² (en adelante, "el oferente"), declaro bajo juramento que ninguna de las autoridades de la firma estatutariamente con capacidad para obligarla se encuentran incluidas en los registros de deudores alimentarios vigentes. A tales efectos, se precisa el nombre de cada uno de ellos y el cargo:

Nombre de la autoridad según estatuto y cargo:

Gustavo Alejandro Grabivker DNI 12012346 Socio gerente

³ utilizar solo los campos que se precisen, agregando más si fuera necesario.



DECLARACIÓN JURADA DE DATOS (Nº5)	
a) Datos del oferente	
Nombre completo ¹ :	CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L
<small>¹ si es persona jurídica, precisar el nombre legal completo y tipo societario si correspondiera. En su caso, aclarar el nombre comercial o de fantasía entre paréntesis y por separado.</small>	
CUIT:	30-60041791-2
b) Datos del presentante de la oferta	
Nombre Completo:	Gustavo Alejandro Grabivker
Tipo y nº de documento:	DNI 12012346
Carácter ² :	Socio Gerente
<small>² precisar si es titular, socio gerente, apoderado, etc. Esta declaración no exime de la presentación de los instrumentos y/o documentos de acreditación de personería correspondientes, según se requiere en el pliego.</small>	
c) Domicilios Constituidos (según lo requerido en la cláusula 4 del pliego)	
Domicilio contractual en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: AV . LA PLATA 1965 CABA	
Domicilio Electrónico: ggrabivker@cemepla.com.ar / ventas@cemepla.com.ar	
d) Número telefónico de contacto:	
Número telefónico de contacto: 5-2632552	
e) Firma del presentante	
Firma del presentante: Gustavo Alejandro Grabivker Socio Gerente	

IF-2023-00001919-ESPACIOMEMORIAYDDHH.



DECLARACIÓN JURADA Nº 6			
Nómina de Profesionales Médicos			
Yo <u>Gustavo Alejandro Grabivker</u> DNI <u>12012346</u> , en carácter de <u>Socio Gerente</u> ¹ de la firma <u>CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L</u>			
<u></u> ² , declaro bajo juramento que la nómina de profesionales médicos que serán afectados al servicio ofrecido, poseen título y matrícula habilitante en vigencia, de conformidad a la normativa que regula la materia ³ y según surge del siguiente detalle: Se adjunta Listado.			
Nombre del/la médico/a	D.N.I. N°	Título – especialidad y entidad que otorgó el título	Datos de la matrícula
Fecha de suscripción: 07 de Agosto de 2023			
Firma del declarante: Gustavo Alejandro Grabivker Socio Gerente			
¹ precisar si es titular, socio gerente, apoderado, etc. ² si es persona jurídica, precisar el nombre legal completo y tipo societario si correspondiera. En su caso, aclarar el nombre comercial o de fantasía entre paréntesis y por separado. ³ utilizar solo los campos que se precisen, agregando más si fuera necesario (podrá reemplazarse por un formato idéntico en planilla de cálculos).			

IF-2023-00001919-ESPACIOMEMORIAYDDHH.



ANEXO IV

AUTORIZACIÓN DE ACREDITACIÓN EN CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO	
DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DE LA ENTIDAD:	
CUENTA CORRIENTE /CAJA DE AHORRO N°	4363/8
CBU DE LA CUENTA	0720025020000000436386
N° DE LA CUIT CTA. CTE. / CAJA DE AHORRO	30-6004179-2
TITULARIDAD:	CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L
DENOMINACIÓN:	CENTO MEDICO DEL PLATA SRL
BANCO:	SANTANDER
SUCURSAL:	25
DOMICILIO:	AV. Francisco Fernandez de la Cruz 809 CABA

Certificación bancaria del cuadro de datos de la cuenta

Gustavo Alejandro Grabivker
Socio Gerente

Firma(s) del (de los) titular (es)*

**La entidad que acredite el pago en la cuenta según datos definidos en el cuadro anterior exime al "Ente Público Espacio para la Memoria y para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos" de cualquier obligación derivada de la eventual mora que pudiera producirse como consecuencia de modificaciones sobre la cuenta bancaria.*

IF-2023-00001919-ESPACIOMEMORIAYDDHH-



Por medio de la presente certificamos que registramos a nombre de

CENTRO MEDICO DEL PLATA SRL

, Cuit 30600417912

una Cuenta Corriente

N° 4363/8

radicada en sucursal 0025


Asimismo, informamos que el CBU de dicha cuenta es 0720025020000000436386

La presente se extiende a solicitud del interesado para presentar ante quien corresponda.

Banco Santander Río S.A.

MATIAS E. ROMERO
OFICIAL DE EMPRESAS

Banco Santander Río S. A.
Sucursal 025 Pompeya

 cemepla		Espacio para la Memoria	
Estructura de Costos		Licitacion Privada N° 2/2023	
09 de Agosto de 2023			
Componente		%	Valor Presentado
Mano de Obra			50 %
Insumos /materiales Nacionales			5 %
Insumos /materiales Importados			2 %
Equipamiento			3%
Gastos generales directos			15 %
Gastos generales indirectos			10 %
Beneficio (Utilidad)			15 %
Precio final del Servicio			100 %

CENTRO MEDICO DEL PLATA S.R.L.
 GUSTAVO ALEJANDRO GRABIKER
 SOCIO GERENTE



Espacio Memoria y Derechos Humanos (Ex ESMA)
2023

Hoja Adicional de Firmas
Informe Gráfico

Número:

Referencia: CENTRO MEDICO DEL PLATA SRL - Oferta, garantía, DDJJ, y estructura de costos

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 18 pagina/s.