



Ministerio de Salud de la Nación

PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARTICULARES

<p align="center">MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION</p> <p>Unidad Operativa de Compras N° 80 – DIRECCION DE COMPRAS Y CONTRATACIONES Domicilio: Avda. 9 de julio 1925 – 3° piso – Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Correo electrónico: compras@msal.gov.ar. Tel.: 011-4379-9140/9033</p>
Tipo de Procedimiento: CONTRATACION DIRECTA POR EMERGENCIA COVID-19
Procedimiento COVID-19 N° 10/2020
Procedimiento COMPR.AR N° 80-0072-CDI20
Clase: Etapa Única Nacional.
Modalidad: Sin modalidad.
N* Expediente electrónico: EX-2020-91322831-APN-DCYC#MS
Rubro: Imprenta y editoriales.
Objeto: Adquisición de Carnets Vacunación Covid 19 – Emergencia sanitaria COVID -19
Plazo de duración del contrato: -
Opción a prórroga: -.
Muestras: -.
Costo del Pliego: Gratuito.
Forma de obtención: El Pliego Único de Bases y Condiciones Generales como así también el Pliego de Bases y Condiciones Particulares se encuentran disponibles en el portal https://comprar.gob.ar .
Presentación de ofertas: Las ofertas deberán presentarse a través del COMPR.AR, utilizando el formulario electrónico que suministre el sistema a tal efecto.
Acto de apertura: La apertura de ofertas se efectuará por acto público a través del COMPR.AR. En forma electrónica y automática se generará el acta de apertura de ofertas correspondiente.



1. ESPECIFICACIONES TECNICAS

1. 1 Detalle del renglón

Renglón 1:

- a) Descripción: Carnet de Vacunación COVID-19.
- b) Cantidad: Veinte millones (20.000.000) ejemplares.
- c) Características:

Formato abierto: 22 cm x 15 cm

Formato cerrado: 11 cm x 15 cm

Impresión: 1/1

Tipo de Papel: cartulina blanca.

Gramaje: 200 gr.

Embalaje: en caja de cartón, conteniendo 2.000 carnets por caja.

Rótulo para caja: "CARNET DE VACUNACIÓN COVID 19"

1.2 Obtención de textos y aprobación del producto

El adjudicatario tendrá a su cargo, a través de un correo electrónico, la o las piezas en alta, para ser presentadas ante la DIRECCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES. **Anexo II**

Una vez obtenidos los mismos, el adjudicatario presentará para su aprobación una prueba de galera. De solicitarse modificaciones a la misma, deberá presentar una nueva prueba de galera la cual deberá ser enviada en sobre cerrado dirigido a: Dr. Juan Manuel Castelli - Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles. Av. 9 de Julio 1925, piso 9°, CABA.

Aprobada esta última, el adjudicatario presentará una muestra del producto terminado para su aprobación final.

1.3 Lugar y Plazo de Entrega

Los productos deberán ser entregados por cuenta y cargo del adjudicatario en almacenes a designar dentro del Área Metropolitana por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Se efectuarán cuatro (4) entregas: la primera entrega por un veinticinco (25%) del total adjudicado dentro de los diez (10) días corridos contados a partir de notificada la orden de compra, la segunda entrega por un veinticinco (25%) del total adjudicado; dentro de los veinte (20) días corridos contados a partir de notificada la orden de compra, la tercera entrega por un veinticinco (25%) del total adjudicado; dentro de los treinta (30) días corridos contados a partir de notificada la orden de compra, y por último la cuarta entrega por el restante veinticinco (25%) del total adjudicado, dentro de los cuarenta (40) días corridos contados a partir de notificada la orden de compra.

A fin de coordinar la fecha exacta de entrega, el adjudicatario deberá comunicarse con la DIRECCION DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES, persona de contacto Esteban Rafael Giler, Tel: (11) 6089-8700, correo electrónico: egiler@dicei.msal.gov.ar, una antelación mínima de cuarenta y ocho (48) horas hábiles.



1.4 Condiciones de Entrega

Los productos deberán ser entregados en cajas contenedoras de no más de 10 kilos, aptas para su almacenamiento y transporte, recubiertas con film transparente, no debiendo deformarse, abrirse o romperse con su traslado o estiba.

Los productos deberán ser entregados embalados en cajas de cartón:

- Rótulo por caja: "CARNET DE VACUNACIÓN COVID 19". Contenido: 4 paquetes de 500 ejemplares por caja.

Los productos deberán ser presentados en pallets cuando su volumen lo aconseje. Los pallets deben ser nuevos, de doble entrada, normalizados tipo ARLOG MERCOSUR, de superficie de cien (100) centímetros de ancho por ciento veinte (120) centímetros de largo con los productos estibados hasta una altura máxima de ciento veinte (120) centímetros, asegurados con film de polietileno y esquineros.

Las cajas contenedoras y los pallets deberán llevar una etiqueta que describa el nombre del producto y la cantidad de ejemplares contenida en cada caja y la cantidad de cajas contenidas en cada pallet. Esta etiqueta deberá permitir la completa identificación del contenido de cada una de las cajas.

Los envases y pallets no serán objeto de devolución.

En los remitos deberán constar números de procedimiento de contratación y orden de compra, descripción del producto, cantidad total entregada. Asimismo, deberán consignarse en el remito fecha de recepción y firma, nombre, apellido y número de documento del receptor.

El adjudicatario deberá presentar a la COMISION DE RECEPCION DEFINITIVA de este Ministerio, originales de los remitos de entrega debidamente conformados por el personal autorizado para la recepción del producto.

Asimismo, copias de los remitos de entrega deberán ser enviadas a la DIRECCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES, dentro de los siete (7) días hábiles de producida la entrega.

1.5 Recepción definitiva de los productos

La COMISION DE RECEPCION DEFINITIVA del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad de verificar si los productos cumplen o no las condiciones establecidas en el presente Pliego. Asimismo, recibirán los bienes con carácter provisional y los remitos o recibos que se firmen quedarán sujetos a la conformidad de la recepción.

Para comunicarse con la citada Comisión, los adjudicatarios deberán contactarse con Carolina M. Caprioli, al correo electrónico comisionderepcion@msal.gov.ar.

2. MONEDA Y FORMA DE COTIZACION

La cotización deberá ser efectuada en moneda nacional y deberá consignar el precio unitario y las cantidades ofrecidas, con referencia a la unidad de medida establecida en el



Ministerio de Salud de la Nación

presente pliego, utilizando el formulario electrónico que suministra COMPR.AR, a tales efectos.

Se aceptarán ofertas parciales.

El precio cotizado será el precio final que deba pagar este Ministerio por todo concepto.

3. PLAZO DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

Los oferentes deberán mantener las ofertas por el término de CUARENTA Y CINCO (45) días corridos contados a partir de la fecha del acto de apertura.

4. FORMA DE PRESENTACION DE LA OFERTA

Las ofertas deberán ser presentadas hasta el día y horario estipulado en el cronograma de la convocatoria, a través del COMPR.AR, utilizando el formulario electrónico que suministre el sistema a tal efecto, y cumpliendo con todos los requerimientos de los pliegos aplicables, acompañando la documentación que la integre en soporte electrónico.

A fin de garantizar su validez, la oferta electrónicamente cargada deberá ser confirmada por el oferente, quien podrá realizarlo únicamente a través de un usuario habilitado para ello, conforme lo normado con el procedimiento de registración y autenticación de los usuarios de los proveedores, aprobado como Anexo III a la Disposición ONC N° 65/16.

Sólo se admitirán las ofertas presentadas por medio de la plataforma COMPR.AR.

5. DOCUMENTACION DE LA OFERTA

La presentación de la oferta significará de parte de los oferentes el pleno conocimiento y aceptación de las normas y cláusulas que rigen el presente procedimiento de selección. La oferta contendrá la información que a continuación se detalla:

Requisitos económicos y financieros:

1. La cotización deberá ser efectuada en moneda nacional y deberá consignar el precio unitario y las cantidades ofrecidas, con referencia a la unidad de medida establecida en el presente pliego, utilizando el formulario electrónico que suministra COMPR.AR a tales efectos.

Requisitos técnicos:

1. Descripción detallada del producto. No se admitirá la transcripción de las especificaciones técnicas referidas en el presente y/o la simple referencia de que se ajusta al Pliego de Bases y Condiciones Particulares.
2. Antigüedad en la actividad no inferior a un (1) año, la que se acreditará mediante contratos, órdenes de compra, facturas o cualquier otro documento que permita verificar el cumplimiento de la presente condición.

Requisitos administrativos:

1. Nota en donde se fije expresamente domicilio especial, número de teléfono y dirección de correo electrónico. En el supuesto en que no se constituyera un



Ministerio de Salud de la Nación

domicilio especial, se tendrá por domicilio constituido el declarado en el sitio de Internet de COMPR.AR.

2. Declaración Jurada de Intereses en los términos del Decreto N° 202/2017, debiendo completar debidamente el **Anexo I** que forma parte integrante del presente. En los casos en que la misma ya haya sido presentada ante el Registro del Estado Nacional al momento de la inscripción como proveedor o contratista, deberá incorporarse copia de la última Declaración que fuera presentada. Para ello, se informa que los funcionarios con competencia o capacidad para decidir sobre el presente procedimiento son: La Señora Directora de Compras y Contrataciones, Dra. María Maxit; El Señor Director General de Administración, Dr. Alfredo Maldonado; El Señor Subsecretario de Gestión Administrativa, Lic. Mauricio Monsalvo; El Señor Director Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles Ministerio de Salud, Dr. Juan Manuel Castelli; El Señor Subsecretario de Estrategias Sanitarias, Dr. Alejandro Salvador Costa; La Señora Secretaria de Acceso a la Salud, Dra. Carla Vizzotti.

6. GARANTIAS

6.1 Garantías de mantenimiento de oferta

Los oferentes se encuentran exceptuados de la presentación de garantías de mantenimiento de oferta.

6.2 Garantía de adjudicación/cumplimiento de contrato

Los adjudicatarios se encuentran obligados a presentar la garantía de cumplimiento de contrato, la que será equivalente al DIEZ POR CIENTO (10%) del valor adjudicado.

El cocontratante deberá integrar la garantía de cumplimiento del contrato dentro del plazo de CINCO (5) días de notificada la Orden de Compra.

No será necesario presentar garantía de cumplimiento de contrato en los siguientes 4 casos:

1. Cuando el monto de la Orden de Compra o contrato no supere la cantidad que represente UN MIL MÓDULOS (M 1.000), siendo el valor del MÓDULO el fijado por el artículo 28 del Reglamento aprobado por el Decreto N° 1.030 de fecha 15 de septiembre de 2016 y sus modificatorios.
2. Ejecución de la prestación dentro del plazo de integración de la garantía.
3. Cuando el oferente sea una jurisdicción o entidad perteneciente al Sector Público Nacional en los términos del artículo 8° de la Ley N° 24.156 y sus modificaciones.
4. Cuando el oferente sea un organismo provincial, municipal o del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

6.3 Obligación de responder ante penalidades

No obstante, lo dispuesto, todos los oferentes, adjudicatarios y cocontratantes quedan obligados a responder por el importe de la garantía no constituida, de acuerdo al orden de afectación de penalidades establecido en el artículo 104 del reglamento aprobado por el Decreto N° 1030/16, a requerimiento del Ministerio de Salud, sin que puedan interponer reclamo alguno sino después de obtenido el cobro o de efectuado el pago.

7. INSCRIPCIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE PROVEEDORES

Los proveedores que deseen participar en el presente procedimiento deben estar incorporados y con los datos actualizados en el Sistema de Información de Proveedores



Ministerio de Salud de la Nación

(SIPRO) que administra la Oficina Nacional de Contrataciones y se encuentra incorporado al sistema COMPR.AR.

En consecuencia, los interesados deberán realizar la preinscripción al SIPRO accediendo al sitio de internet de COMPR.AR, donde completarán la información requerida en los formularios de pre-inscripción, todo ello con sujeción a lo normado en la Disposición ONC N° 64/16. Para mayor información, se sugiere consultar el "Manual de Procedimiento para la Incorporación y Actualización de Datos en el SIPRO".

Los instructivos y manuales de apoyo a los proveedores están disponibles en el sitio de internet <https://comprar.gob.ar>.

8. CRITERIOS DE EVALUACION Y SELECCION DE OFERTAS

A fin de la evaluación de las ofertas se podrá requerir documentación, muestras o cualquier información complementaria que se estime conveniente al efecto. La no presentación podrá dar lugar a la desestimación de la oferta.

La adjudicación se realizará a favor de la oferta que, cumpliendo con todas las exigencias del pliego, resulte más conveniente para el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Se entenderá en principio por oferta más conveniente aquella de menor precio.

No se abonarán montos superiores a los Precios Máximos establecidos por la Resolución de la SECRETARÍA DE COMERCIO INTERIOR del MINISTERIO DE DESARROLLO PRODUCTIVO N° 100/20 o aquellos que se dispongan en el futuro.

9. ALTA EN EL PADRON ÚNICO DE ENTES

Para resultar adjudicatario el oferente deberá estar dado de alta en el Padrón Único de Entes del SISTEMA DE INFORMACIÓN FINANCIERA que administra el ex MINISTERIO DE HACIENDA Y FINANZAS PUBLICAS, de conformidad con lo dispuesto por la Disposición N° 40 de la CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN y N° 19 de la TESORERÍA GENERAL DE LA NACIÓN de fecha 8 de julio de 2010, ambas de la citada cartera de Estado, o las que en el futuro las reemplacen.

10. FACTURACION Y FORMA DE PAGO

El pago procederá una vez efectuada la entrega de los productos adquiridos.

El plazo para el pago de las facturas será de TREINTA (30) días corridos. Sin perjuicio de ello, los pagos se atenderán, considerando el programa mensual de caja y las prioridades de gasto contenidas.

Las facturas se presentarán a través de la plataforma de "*Tramitación a Distancia (TAD)- MINISTERIO DE SALUD - PRESENTACION DE COMPROBANTE-AUTOGESTION DE PROVEEDORES*". Allí deberá ingresar en formato digital (PDF) toda la documentación detallada, la que deberá ser legible y completa y escaneada de su original.

Téngase presente que en forma previa al libramiento de la orden de pago deberá verificarse



Ministerio de Salud de la Nación

la inexistencia de deudas tributarias o previsionales, de acuerdo a la normativa aplicable.

11. PENALIDADES

11.1 Generalidades

El incumplimiento o la demora de los plazos establecidos en el punto Lugar y Plazo de Entrega del presente Pliego, hará pasible al cocontratante de una multa del CERO COMA CERO CINCO POR CIENTO (0,05%) del valor de lo satisfecho fuera de término, por cada día hábil de atraso.

A los fines de la determinación de eventuales multas se considerará en el cálculo de la mora, el día hábil inmediato siguiente a la fecha de notificación de la orden de compra y la fecha de entrega efectiva en destino.

11.2 Caso fortuito / Fuerza mayor

Las penalidades establecidas en el presente Pliego no serán aplicadas cuando el incumplimiento de la obligación provenga de caso fortuito o de fuerza mayor, debidamente documentado por el interesado y aceptado por el Ministerio o de actos o incumplimientos de autoridades públicas nacionales o de la contraparte pública, de tal gravedad que coloquen al cocontratante en una situación de razonable imposibilidad de cumplimiento de sus obligaciones.

La existencia de caso fortuito o de fuerza mayor, deberá ser puesta en conocimiento del Ministerio dentro de los DIEZ (10) días hábiles de producido o desde que cesaren sus efectos.

Transcurrido dicho plazo no podrá invocarse el caso fortuito o la fuerza mayor.

12. ANEXOS

ANEXO I – DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES - DECRETO 202/2017.

ANEXO II - CARNET ÚNICO DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARS COV2



DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES - DECRETO 202/2017

Tipo de declarante: Persona física

Nombres	
Apellidos	
CUIT	

Vínculos a declarar

¿La persona física declarante tiene vinculación con los funcionarios enunciados en los artículos 1 y 2 del Decreto n° 202/17?
(Marque con una X donde corresponda)

SI		NO	
En caso de existir vinculaciones con más de un funcionario se deberá repetir la información que a continuación se solicita por cada una de las vinculaciones a declarar.		La opción elegida en cuanto a la no declaración de vinculaciones implica la declaración expresa de la inexistencia de los mismos, en los términos del Decreto n° 202/17.	

Vínculo

¿Con cuál de los siguientes funcionarios?
(Marque con una X donde corresponda)

Presidente	
Vicepresidente	
Jefe de Gabinete de Ministros	
Ministro	
Autoridad con rango de ministro en el Poder Ejecutivo Nacional	
Autoridad con rango inferior a Ministro con capacidad para decidir	

(En caso de haber marcado Ministro, Autoridad con rango de ministro en el Poder Ejecutivo Nacional o Autoridad con rango inferior a Ministro con capacidad para decidir complete los siguientes campos)

Nombres	
Apellidos	
CUIT	
Cargo	
Jurisdicción	

Tipo de vínculo

(Marque con una X donde corresponda y brinde la información adicional requerida para el tipo de vínculo elegido)

Sociedad o comunidad		Detalle Razón Social y CUIT.
Parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado y segundo de		Detalle qué parentesco existe concretamente.



Ministerio de Salud de la Nación

afinidad		
Pleito pendiente		Proporcione carátula, n° de expediente, fuero, jurisdicción, juzgado y secretaría intervinientes.
Ser deudor		Indicar motivo de deuda y monto.
Ser acreedor		Indicar motivo de acreencia y monto.
Haber recibido beneficios de importancia de parte del funcionario		Indicar tipo de beneficio y monto estimado.
Amistad pública que se manifieste por gran familiaridad y frecuencia en el trato		No se exige información adicional

Información adicional

La no declaración de vinculaciones implica la declaración expresa de la inexistencia de los mismos, en los términos del Decreto n° 202/17.

Firma

Aclaración

Fecha y lugar



Ministerio de Salud de la Nación

Tipo de declarante: Persona jurídica

Razón Social	
CUIT/NIT	

Vínculos a declarar

¿Existen vinculaciones con los funcionarios enunciados en los artículos 1 y 2 del Decreto n° 202/17?

(Marque con una X donde corresponda)

SI	NO
En caso de existir vinculaciones con más de un funcionario, o por más de un socio o accionista, se deberá repetir la información que a continuación se solicita por cada una de las vinculaciones a declarar.	La opción elegida en cuanto a la no declaración de vinculaciones implica la declaración expresa de la inexistencia de los mismos, en los términos del Decreto n° 202/17.

Vínculo

Persona con el vínculo

(Marque con una X donde corresponda y brinde la información adicional requerida para el tipo de vínculo elegido)

Persona jurídica (si el vínculo a declarar es directo de la persona jurídica declarante)	No se exige información adicional
Representante legal	Detalle nombres apellidos y CUIT
Sociedad controlante	Detalle Razón Social y CUIT.
Sociedades controladas	Detalle Razón Social y CUIT.
Sociedades con interés directo en los resultados económicos o financieros de la declarante	Detalle Razón Social y CUIT.
Director	Detalle nombres apellidos y CUIT
Socio o accionista con participación en la formación de la voluntad social	Detalle nombres apellidos y CUIT
Accionista o socio con más del 5% del capital social de las sociedades sujetas a oferta pública	Detalle nombres apellidos y CUIT

Información adicional

--

¿Con cuál de los siguientes funcionarios?

(Marque con una X donde corresponda)

Presidente	
Vicepresidente	
Jefe de Gabinete de Ministros	
Ministro	
Autoridad con rango de ministro en el Poder Ejecutivo Nacional	
Autoridad con rango inferior a Ministro con capacidad para decidir	

(En caso de haber marcado Ministro, Autoridad con rango de ministro en el Poder Ejecutivo Nacional o Autoridad con rango inferior a Ministro con capacidad para decidir complete los



Ministerio de Salud de la Nación

siguientes campos)

Nombres	
Apellidos	
CUIT	
Cargo	
Jurisdicción	

Tipo de vínculo

(Marque con una X donde corresponda y brinde la información adicional requerida para el tipo de vínculo elegido)

Sociedad o comunidad		Detalle Razón Social y CUIT.
Parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado y segundo de afinidad	<input type="checkbox"/>	Detalle qué parentesco existe concretamente.
Pleito pendiente	<input type="checkbox"/>	Proporcione carátula, n° de expediente, fuero, jurisdicción, juzgado y secretaría intervinientes.
Ser deudor	<input type="checkbox"/>	Indicar motivo de deuda y monto.
Ser acreedor	<input type="checkbox"/>	Indicar motivo de acreencia y monto.
Haber recibido beneficios de importancia de parte del funcionario	<input type="checkbox"/>	Indicar tipo de beneficio y monto estimado.
Amistad pública que se manifieste por gran familiaridad y frecuencia en el trato	<input type="checkbox"/>	

Información adicional

La no declaración de vinculaciones implica la declaración expresa de la inexistencia de los mismos, en los términos del Decreto n° 202/17.

Firma

Aclaración

Fecha y lugar



CARNET ÚNICO DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARS COV2

Para estar protegido contra la COVID-19, además de la vacuna tenés que cumplir las recomendaciones vigentes:

- Uso de barbijo
- Lavado frecuente de manos con agua y jabón
- Mantener la distancia de 2 metros con otras personas
- No compartir el mate ni la vajilla

Ante la presencia de síntomas de la enfermedad COVID-19 consultá inmediatamente al sistema de salud de tu localidad y evitá el contacto con otras personas.

Este carnet es un documento importante. Guardalo en un lugar seguro y sacale una foto para tenerlo disponible siempre.

Al momento de la vacunación recibirás información adicional sobre la vacuna aplicada.

**Carnet único de vacunación
contra el SARS CoV2
(COVID-19)**
MAYORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ DNI _____

Teléfono _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____

Motivo de indicación de vacuna _____

! Es importante completar el esquema con la misma marca de vacuna con que lo iniciaste.
No olvides presentar tu carnet cuando te acerques para recibir la segunda dosis.

argentina.gob.ar/salud
Línea 120

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles
Ministerio de Salud Argentina

Nombre y Apellido:

IMPORTANTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Si posterior a la vacunación Ud. presenta algún síntoma, consulte al centro de salud y muestre este carnet. • Para consultas sobre las vacunas contra COVID-19 comunicarse a la línea 120. 	<ul style="list-style-type: none"> • El tiempo entre las dos dosis de la vacuna es el intervalo mínimo. Para lograr la máxima protección se debe completar el esquema de dos dosis, aunque transcurran más días que el intervalo mínimo.

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE	VACUNADOR O CENTRO DE VACUNACIÓN (firma y sello)	OBSERVACIONES
Marca _____ _____ _____	1ª				próxima vacunación a partir de / /
	2ª				
Marca _____ _____ _____	1ª				próxima vacunación a partir de / /
	2ª				

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional

Hoja Adicional de Firmas
Pliego

Número:

Referencia: Pliego de Bases y Condiciones Particulares - EX-2020-91322831- -APN-DCYC#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 12 pagina/s.