



# DISTRIBUIDORA DE GAS DEL CENTRO S.A. DISTRIBUIDORA DE GAS CUYANA S.A.

Estimado Proveedor, a continuación, se detalla toda la documentación requerida por DISTRIBUIDORA DE GAS DEL CENTRO S.A (DGCE) y DISTRIBUIDORA DE GAS CUYANA S.A. (DGCU), la que debe ser presentada a Estudio GCG para su control.

## DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR

### TIPO DE PRESTACION 1: Proveedores de Servicios/Obras Esenciales. (TP 1)

Relativa a la empresa:

1. Informar:
  - ☞ Razón social / denominación social;
  - ☞ Especialidad y dominios de competencia;
  - ☞ Rubro;
  - ☞ Dirección;
  - ☞ Teléfono;
  - ☞ Dirección de correo electrónico.
2. **Persona de contacto:** Nota en carácter de declaración jurada, informando la persona designada para actuar como representante de la empresa, detallando sus datos personales, cargo que ocupa, domicilio, teléfono y mail.
3. **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil** con sus correspondientes comprobantes de **pagos con la periodicidad contratada**. La Póliza debe contar con las siguientes condiciones:
  - 3.1 Capital mínimo asegurado: USD **76.000**;
  - 3.2 Cláusula asegurado adicional (DGCE/DGCU);
  - 3.3 Cláusula responsabilidad Civil Cruzada (DGCE/DGCU);
  - 3.4 Cláusula de No repetición a favor de DGCE/DGCU.

### A - EMPRESAS CON PERSONAL EN RELACION DE DEPENDENCIA.

Relativo a los trabajadores:

1. Presentar con **periodicidad mensual** una **nómina de los trabajadores, acompañada de la declaración jurada Anexo 1 de la presente** que conformen su personal propio y subcontratado (indicando empresa a la que pertenecen). Sobre cada uno se deberá especificar:
  - ☞ Apellido y Nombre;
  - ☞ Nro. C.U.I.L.;

3. Declaración Jurada y comprobantes de **pagos de aportes y contribuciones a los Regímenes Nacionales de Seguridad Social** (Obras Sociales, A.R.T., etc.). Se deberá presentar, además, una copia de las planillas complementarias a la declaración jurada mencionada donde se identifiquen los empleados: **Formulario 931, con su respectivo comprobante de pago y secuencia cero, con frecuencia mensual.**
  4. Copias de los **recibos de haberes** del personal afectado a la prestación del servicio, firmados por el trabajador, **con frecuencia mensual.**
  5. Copias del **Libro Especial** (Libro de sueldos y jornales) rubricado conforme las condiciones reguladas en la Ley de Contrato de Trabajo y normas reglamentarias donde conste la inscripción del personal afectado a la prestación del servicio, con frecuencia mensual.
  6. Copia de **póliza de Riesgos de Trabajo (ART) y su correspondiente pago.** Se verifica vigencia de la misma y la existencia de las siguientes cláusulas:
    - 6.1 "... ART" renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra (DGCE/DGCU), sus funcionarios, empleados u obreros, con fundamento en el Art. 39 inc. 5 de la Ley 24.557, o cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex dependiente de "Razón Social del Proveedor", alcanzados por la cobertura del presente contrato, por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo".
    - 6.2 "... ART" se obliga a comunicar a (DGCE/DGCU) en su domicilio, en forma fehaciente, los incumplimientos a la póliza en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago de la misma, dentro de diez días de verificados."
    - 6.3 "... ART" se compromete a no modificar ni alterar de ninguna manera, ni rescindir ni cancelar este contrato por ningún motivo, incluyendo las causales previstas en el mismo, sin previo aviso a (DGCE/DGCU) en forma fehaciente por un plazo no inferior a treinta días".
- Deberá presentarse copia de las sucesivas renovaciones (provisoriamente puede presentarse Certificado de Cobertura), y especificarse los lugares habilitados para la atención médica.
7. Copia de la nómina de **Seguro de Vida Obligatorio y pago**, la que tendrá una **vigencia de 30 días desde su emisión.**
  8. Cuando se trate de trabajadores de empresas constructoras, copia de los aportes al **Fondo de Desempleo/Fondo de Cese Laboral y demás constancias del Instituto de Estadísticas y Registro de la Industria de la Construcción (IERIC), con carácter mensual.**

#### **B - CONTRATISTAS INDEPENDIENTES.**

1. Enviar completo el Anexo 2 del presente.
2. **Copia de póliza de Accidentes Personales, CON CLAUSULA DE NO REPETICIÓN A FAVOR DE DGCE/DGCU.** Debe incluir las siguientes condiciones:
  - 2.1 Suma asegurada por separado y sin franquicias de **\$7.000.000** por muerte accidental e invalidez permanente total o parcial.
  - 2.2 Gastos de asistencia médico- farmacéutica cuando se trate de la modalidad por reintegro **\$700.000**Periódicamente deben presentarse los comprobantes de **pago** que correspondiesen.
3. Copia de los pagos mensuales de las obligaciones tributarias de **monotributo/autónomos**, éste último para los responsables inscriptos.



## C- SUBCONTRATACION

1. Copia del MEMO de autorización a subcontratar.
2. Los subcontratistas a través del contratista deberán presentar la documentación descrita en los puntos A y B de acuerdo con las características del subcontratista.

## TIPO DE PRESTACION 2: Proveedores de Servicios No Esenciales en predios Ecogas sin guardia de ingreso. (TP 2)

### Relativa a la empresa:

- 1- Informar:
  - ☞ Razón social/denominación social;
  - ☞ Especialidad y dominios de competencia;
  - ☞ Rubro;
  - ☞ Dirección;
  - ☞ Teléfono;
  - ☞ Dirección de correo electrónico.
- 2- **Persona de contacto:** Nota en carácter de declaración jurada, informando la persona designada para actuar como representante de la empresa, detallando sus datos personales, cargo que ocupa, domicilio, teléfono y mail.

## A - EMPRESAS CON PERSONAL EN RELACION DE DEPENDENCIA.

- 1- Enviar completo el **Anexo 1** del presente.
- 2- Copia de **póliza de Riesgos de Trabajo (ART) y su correspondiente pago**. Se verifica vigencia de la misma y la existencia de las siguientes cláusulas:
  - 2.1. "... ART" renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra (DGCE/DGCU), sus funcionarios, empleados u obreros, con fundamento en el Art. 39 inc. 5 de la Ley 24.557, o cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o exdependiente de "Razón Social del Proveedor", alcanzados por la cobertura del presente contrato, por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo".
  - 2.2. "... ART" se obliga a comunicar a (DGCE/DGCU) en su domicilio, en forma fehaciente, los incumplimientos a la póliza en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago de la misma, dentro de diez días de verificados."
  - 2.3. "... ART" se compromete a no modificar ni alterar de ninguna manera, ni rescindir ni cancelar este contrato por ningún motivo, incluyendo las causales previstas en el mismo, sin previo aviso a (DGCE/DGCU) en forma fehaciente por un plazo no inferior a treinta días".Deberá presentarse copia de las sucesivas renovaciones (provisoriamente puede presentarse Certificado de Cobertura), y especificarse los lugares habilitados para la atención médica.
- 3- Copia de la nómina de **Seguro de Vida Obligatorio y pago**, la que tendrá una **vigencia de 30 días desde su emisión**.



## B - CONTRATISTAS INDEPENDIENTES.

- 1- Enviar completo el **Anexo 2** del presente.
- 2- **Copia de póliza de Accidentes Personales**, CON CLAUSULA DE NO REPETICIÓN A FAVOR DE DGCE/DGCU. Debe incluir las siguientes condiciones:
  - 2.3 Suma asegurada por separado y sin franquicias de **\$7.000.000** por muerte accidental e invalidez permanente total o parcial.
  - 2.4 Gastos de asistencia médico- farmacéutica cuando se trate de la modalidad por reintegro **\$700.000**  
Periódicamente deben presentarse los comprobantes de **pago** que correspondiesen.
- 3- Copia de los pagos mensuales de las obligaciones tributarias de **monotributo/autónomos**, éste último para los responsables inscriptos.

## C- SUBCONTRATACION

- 1- Copia del MEMO de autorización a subcontratar.
- 2- Los subcontratistas a través del contratista deberán presentar la documentación descripta en los puntos A y B de acuerdo con las características del subcontratista.

## IMPORTANTE

- ☞ Contacto Telefónico:  
Línea 1: 0351-638-7835  
Línea 2: 0351-638-7836  
Línea 3: 0351-638-7837  
Línea 4: 0351-638-7839
- ☞ E-MAIL: [contratistasecogas@gcgcontrol.com](mailto:contratistasecogas@gcgcontrol.com)
- ☞ Horario de atención en oficina: - lunes a viernes de 07,00 h. a 18,00 h. en Mayor Arruabarrena 1715 P.A. Bº Cerro de las Rosas – Córdoba.
- ☞ Horario de atención telefónica: lunes a viernes de 09,00 h. a 12,00 h. y 14,00 h. a 17,00 h.
- ☞ SISTEMA GCG: Estudio GCG proveerá a los Proveedores un usuario y contraseña de acceso a la web [www.estudiogcg.com.ar](http://www.estudiogcg.com.ar) en la que se podrá visualizar los estados de habilitado, parcialmente habilitado o inhabilitado de la empresa, sus dependientes y unidades, conforme la documentación presentada, además de poder verificar la documentación faltante y/o próximos vencimientos.
- ☞ Estudio GCG enviará en forma periódica comunicados con detalle de la documentación faltante y/o inconsistencias detectadas, que deberán ser salvados a la brevedad.



Anexo 1

Córdoba, ... de ..... de 20....

Atte: Cuentas A Pagar. Gerencia de Administración y Finanzas

Proveedor: .....

Número de proveedor: .....

Declaración Jurada de personal afectado a las tareas de Ecogas.

En carácter de PROVEEDOR: de Distribuidora de Gas del Centro S.A/Distribuidora de Gas Cuyana S.A. se declara bajo juramento, sin omitir ni falsear información que los empleados que han sido afectados a las tareas de vuestra distribuidora durante el periodo certificado ..... (mes y año), son:

Apellido y Nombre: ..... Cuil: .....

..... Cuil: .....

La información así presentada, refiere a todas las órdenes de compra celebradas con la Distribuidora mencionada que involucren personal propio de esta contratista.

Se declara además que:

- a) No existe personal vinculado a las tareas prestadas que se desempeñe como Monotributista y/o Autónomo, No configurando de esta manera una Subcontratación.
- b) El personal enumerado a continuación, informado en la nómina inmediata anterior, ya no pertenece a la firma (adjuntar documentación respaldatoria: baja de AFIP, notificación y liquidación final):  
Apellido y Nombre: ..... Cuil: .....  
..... Cuil: .....
- c) El personal subcontratado es:  
..... (apellido y nombre) Cuil: ..... Monotributista Categoría .....

FIRMA REPRESENTANTE:

ACLARACIÓN:



Anexo 2

Córdoba, .... de ..... del 20....

Declaración Jurada de personal afectado a las tareas de Ecogas.  
Atte: Cuentas A Pagar. Gerencia de Administración y Finanzas.

Proveedor: .....  
Número de proveedor: .....  
Periodo informado: .....

Declaro Bajo juramento, sin omitir ni falsear información que para las tareas contratadas con Distribuidora de Gas del Centro S.A./ Distribuidora de Gas Cuyana S.A., no poseo personal afectado bajo relación de dependencia, durante el periodo certificado de ..... (mes y año).

La información así presentada, refiere a todas las órdenes de compra celebradas con la Distribuidora mencionada.

Saludos cordiales,

N° CUIT: .....  
Firma y aclaración.