



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 1 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000141

2024

Número

Año

Expediente 2915-016005/2024

Emission 10/05/2024

P. P. : 2024-00000930

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 16 DE MAYO DEL 2024**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: **FILTROS ABSOLUTOS HEPA - INHO 2024**

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FILTROS ABSOLUTOS HEPA	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: FILTRO HEPA ABSOLUTO H13.

EFICIENCIA : 99, 99 %.

MEDIDAS :

ANCHO = 610 mm.

LARGO = 762 mm.

ESPEJOR = 72 mm.

CAUDAL : 764 M3 / Hora.

PERDIDA DE CARGA : 120 Pa.

Debera contar cada Filtro con Certificado de Integridad.

DESTINADO A SALA DE SHOCK ROOM.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FILTROS ABSOLUTOS HEPA	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: FILTRO HEPA ABSOLUTO H13.

EFICIENCIA : 99, 99 %.

MEDIDAS :

ANCHO = 610 mm.

LARGO = 610 mm.

 Confeccionó

 Lugar y Fecha

 Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000141

2024

Número

Año

Expediente 2915-016005/2024

Emission 10/05/2024

P. P. : 2024-00000930

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 16 DE MAYO DEL 2024**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: **FILTROS ABSOLUTOS HEPA - INHO 2024**

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

ESPESOR = 72 mm.
 CAUDAL : 710 M3 / Hora.
 PERDIDA DE CARGA : 120 Pa.
 Debera contar cada Filtro con Certificado de Integridad.

DESTINADO A SALA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS (PYXIS) Y
 COORDINACION EN QUIROFANO.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FILTROS ABSOLUTOS HEPA	16	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: FILTRO HEPA ABSOLUTO H13.

EFICIENCIA : 99,99 %
 MEDIDAS :
 ANCHO = 610 mm.
 LARGO = 1220 mm.
 ESPESOR = 72 mm.
 CAUDAL : 1200 M3 / Hora.
 PERDIDA DE CARGA : 120 Pa.
 Debera contar cada Filtro con Certificado de Integridad.

DESTINADO A QUIROFANOS N° 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8

 Confeccionó

 Lugar y Fecha

 Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000141

2024

Número

Año

Expediente 2915-016005/2024

Emission 10/05/2024

P. P. : 2024-00000930

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 16 DE MAYO DEL 2024**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: **FILTROS ABSOLUTOS HEPA - INHO 2024**

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: INGENIERIA HOSPITALARIA. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de INGENIERIA HOSPITALARIA, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 16.

Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.

Factura de acuerdo a Orden de Compra.

Los pagos correspondientes se efectuarán por medio de la Tesorería del Hospital sitio Avenida Calchaqui 5401.

 Confeccionó

 Lugar y Fecha

 Firma y Sello