



Hospital de alta complejidad "El Cruce" S.A.M.I.C.  
Av. Calchaquí 5401  
CUIT: 30-71084735-1  
IVA: Exento  
Tel. 011- 42107109 int: 1258 Fax

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio: 2010

Pag.:1 /1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**  
**LICITACION PRIVADA**  
**4 - 0056 - 2010**  
Tipo Número Año

Expediente: 2915/1626/2010  
Emisión: 12/08/2010  
P.P.: 820

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA MIÉRCOLES , 01 DE SEPTIEMBRE DE 2010 HORA: 09:00**

Valor del Pliego:

ASUNTO: **Mantenimiento e Ingeniería. Esterilización. Secadora de tubuladuras**

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

1	Renglón Unico	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item Nº	1 SECADORA DE TUBULADURAS (43626)	1	UNIDAD.	

Detalle: *Equipo secador de tubuladuras*

*Equipo destinado al servicio de esterilización*

*Dimensiones externas aproximadas : 57cm ancho x 175 cms de alto x 42 cms profundo.*

*Capacidad de carga de la unidad : 45 tubos.*

*Puede sujetar los tubos entre 6 mm (1/4") y 44 mm (1-3/4")*

*Tensión de trabajo : 220Volts , 50 Hz.*

*Ciclo de operación continuo con interruptor ON/OFF.*

*Temperatura de secado a 49° C promedio*

*Salida de aire 120 CFM.*

*Control de temperatura de 38°C a 60°C.*

*El termostato debe abrir a 54 °C y cerrar a 43°C.*

*Elemento filtrante: de aire : espuma de poliéster uretano 20ppi con aditivo germicida.*

*Debe poder ser limpiado fácilmente con agua y jabón.*

*Potencia de unidad calefactora 1000 Watts*

*Certificado de ANMAT*

*Similar a 45 AA Steri - Vac 3 M*

Condiciones de Contratación:

-

Plazo de entrega: Dentro de los 45 días hábiles de comunicada la orden de compra

Forma de pago: 30 días fecha de presentación de factura.

Lugar de entrega: Mantenimiento e Ingeniería. Avenida Calchaquí 5401 de L. a V. de 9 a 13 hs.

Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.

Facturar de acuerdo a Orden de Compra.

Los códigos detallados de los renglones deberán figurar en Remito y Factura.

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

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello