Convenio Modificatorio Nº 01 del Contrato N° 07/2015.

Entre El Gobierno Departamental de Concepción, domiciliada en Carlos A. López c/Brasil, de la Ciudad de Concepción, República del Paraguay, representada para este acto por el Gobernador del Departamento de Concepción, **Qco. Fco. Luis Adolfo Urbieta Cáceres**, con Cédula de Identidad Nº 2.281.674, denominada en adelante el CONTRATANTE, por una parte, y, por la otra, la Firma "**Laboratorios INDUFAR C.I.S.A.**" con RUC N° **80001812-5,** domiciliada en la Calle 09 y 5 A (Zona Norte) Fernando de la Mora, República del Paraguay, representada para este acto por la Sr. Hugo Dejesus Centurión Skowronek, con Cédula de Identidad N° 2.424.012, denominada en adelante el PROVEEDOR, denominadas en conjunto "LAS PARTES" e, individualmente, "PARTE", acuerdan celebrar el presente "*CONVENIO MODIFICATORIO N° 01 DEL CONTRATO N° 07/2015* - relativas a la Adquisición de Medicamentos, **CON ID N° 292.213,** DE FECHA 30/04/2015, quedando la redacción conforme a lo siguiente:

1. **En la clausula 5 – PRECIO UNITARIO Y EL IMPORTE TOTAL A PAGAR POR LOS BIENES Y/O SERVICIOS; De la planilla original se aumentan las cantidades, en base a la siguiente planilla:**

Ítem	Descripción del Bien	Marca Comercial	Nombre del Fabricante	Procedencia	Unidad de medida	Cantidad	Presentación	Precio Unitario (IVA Incluido)	Precio Total (IVA Incluido)
1	Acido acetil salicilico 125 mg comp	CARDIO CONTRADO 125 MG.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	150	Caja x 30 comprimidos como mínimo.	4.000	600.000
3	Azitromicina 500 mg comprimido	AZIMUT COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	30	Caja x 6 Comprimidos como mínimo	8.470	254.100
6	Aciclovir 200mg suspensión	TRINALER SUSP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	50	Caja x 1 fco de 125 ml como mínimo	17.600	880.000
8	Amoxicilina 500 mg comprimido	CONTEX 500 COMP	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	150	Caja x 12 comp. Como mínimo	6.600	990.000
9	Amoxicilina 500 mg/5ml suspensión	CONTEX SUSP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	150	Caja x 1 Frasco x 60 ml como mínimo	7.600	1.140.000
17	Ciprofloxacina 500 mg. Comp.	ACID 500 COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	60	Caja x 14 comp. Como mínimo	6.655	399.300
18	Clorfeniramina 2 mg + Pseudofedrina 30 mg + Paracetamol 125 mg/5ml jarabe	CORTAGRIP JBE	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	150	Caja x 1 Frasco x 120 ml como mínimo	8.000	1.200.000
21	Carvedidol 6,25 mg comprimido	BLOTENOL 6,25 MG. COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	150	Caja x 30 comprimidos como mínimo	19.000	2.850.000
22	Calcio elemental 500 mg+ vit D3 400 UI comprimido revestidos	CALCIOFAR D3 FORTE COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	30	Caja x 30 comprimidos revestidos mínimos	12.100	363.000
26	Diclofenac potásico 50 mg Comprimido	VINIL COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	300	Caja x 20 comp. Como mínimo	2.420	726.000
27	Domperidona 10 mg/ml gotas	EMETAN GOTAS	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	50	Caja x 1 Frasco gotero x 15 ml como mínimo	3.025	151.250
28	Dipirona 500 mg /ml gotas	APIRON GOTAS	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	80	Caja x 1 Frasco gotero x 10 ml, como mínimo	2.200	176.000
29	Enalapril 10 mg. Comp.	ARDILAN 10 COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	250	Caja x 30 comp. Como mínimo	7.150	1.787.500

Hugo D. Centurión S.
Representante
"INDUFAR CISA"

GOBERNACION DEPARTAMENTO CONCEPCION

30	Etamsilato 500 mg comp.	MERCILOP COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	12	Caja x 10 comprimidos. Como mínimo	83.000	996.000
32	Fluconazol 50 mg comp.	KANDIZOL 50 CAPS.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	30	Caja x 7 comprimidos como mínimo	8.000	240.000
33	Lágrimas Artificiales colirio, frasco gotero.	OFTALMOL LAGRIMAS	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	20	Caja frasco gotero x10 ml, como mínimo	10.000	200.000
40	Metronidazol de 250 mg /5ml suspensión	TRICOVAL 250 SUSP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	20	Caja x 1 Frasco x 100 ml, como mínimo	4.400	88.000
41	Metronidazol de 500 mg comprimido	TRICOVAL ORAL 500 COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	20	Caja x 20 comprimidos, como mínimo	3.025	60.500
42	Metformina 850 mg Comp.	GLICOMED COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	160	Caja x 30 comprimidos, como mínimo	4.950	792.000
44	Metoclopramida 4 mg/ ml gotas	MERIFAR GOTAS.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	30	Caja x 1 Frasco gotero x 15 ml, como mínimo	1.980	59.400
45	N-butil bromuro de hioscina 0.2g; + paracetamol10g gotas.	ESPASMO Z-MOL GOTAS	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	20	Caja x 1 Frasco gotero x 15 ml, como mínimo	11.700	234.000
46	N-butil bromuro de hioscina + paracetamol .	ESPASMO Z-MOL COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	20	Caja x12 comprimidos, como mínimo	9.500	190.000
48	Paracetamol 150mg, pseudoedrina HLC 15 mg clorfeniramina maleato 1 mg/ml	ACELIN GOTAS	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	20	Caja x Frasco gotero de 15 ml, como mínimo	3.000	60.000
49	Paracetamol 325 mg, feniletrina clorhidrato 10 mg, clorfeniramina maleanto 4 mg. Comprimido	ACELIN COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	20	Caja x 20 comprimidos, como mínimo	4.400	88.000
50	Paracetamol 150mg, Pseudoedrina HLC 30 mg. /5ml jarabe.	GRIPEN NF JBE	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	100	Caja x Frasco x 120 ml, como mínimo	7.500	750.000
51	Paracetamol 200 mg /ml gotas	Z-MOL 200 GOTAS	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	200	Caja x 1 Frasco gotero x 15 ml, como mínimo	1.800	360.000
52	Paracetamol 500 mg comp.	Z-MOL 500 COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	250	Caja x 20 comp. Como mínimo	1.540	385.000
54	Prednisona 5mg/ 5ml	PENBRONK SUSP	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	50	Caja x 1 frasco x 100ml, como mínimo	4.200	210.000
55	Paracetamol+ pseudoefedrina + cafeina. Comprimido	GRIPEN COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	250	Caja x 12 comprimidos, como mínimo	5.500	1.375.000
56	Piroxican 10 mg, Paracetamol 400 mg, Carisoprodol 300 mg. Comprimido	PIROMED RELAX	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	20	Caja x 20 comprimidos, como mínimo	15.070	301.400
57	Piroxicam 10 mg, dexametasona 1 mg, cianocobalamina 2500 mcg, Citrato de orfenadrina 35 mg, comp.	Z-CAL REUMA FORTE COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	150	Caja x 20 comprimidos, como mínimo	9.900	1.485.000
59	Ranitidina 150 mg comprimido	TAUROMIZOL 150 COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	150	Caja x 30 comprimidos, como mínimo	8.580	1.287.000
60	Sulfato ferroso gotas	FERROCAL GOTAS	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	30	Caja gotero x 15 ml, como mínimo	9.000	270.000
62	Sulfato ferroso 500mg; vitamina C 250mg; vitamina B12 25mcg; vitamina B1 6mg; vitamina B2 6mg; Vitamina B6 5mg.; Nicotinamida 30 mg.;	FERROCAL 500 COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	48	Caja x 20 comprimidos, como mínimo	5.800	278.400

Hugo D. Centurión S.
Representante
"INDUFAR CISA"

GOBERNACION I DEPARTAMENTO · CONCEPCION

	pantotenato de calcio 10 mg.; acido fólico 1mg. Comprimido.								
64	Vitamina C comprimido	VITAMINA C 500 MG. COMP.	INDUFAR C.I.S.A.	NACIONAL	Unidad	10	Caja x 100 comprimidos, como mínimo.	13.500	135.000
Precio Total									**21.361.850**

El monto total asciende a la suma de **Gs. 21.361.850.- (Guaraníes Veinte y un millones trescientos sesenta y un mil ochocientos cincuenta)** incluidos todos los impuestos.

El monto total del Contrato 07/2015 y este Convenio Modificatorio ascienden a la suma de **Gs. 128.171.100.-** (Guaranies Ciento veinte y ocho millones ciento setenta y un mil cien), incluidos todos los impuestos.

Las demás disposiciones de la cláusula 5 del Contrato original no sufren variaciones y rigen para el contrato original, este Convenio Modificatorio N° 01.

2. **En la clausula 9. FORMA Y TERMINOS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, del contrato original se amplía el monto de la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato.**

Se amplía el monto de la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato por un monto equivalente al 5% (cinco por ciento) del monto ampliado del Convenio Modificatorio.

Las demás disposiciones de la clausula 9) del contrato original no sufren variaciones y rigen para el Contrato original y este Convenio Modificatorio N° 01.

Las partes se obligan al fiel cumplimiento de este Convenio Modificatorio N° 01, en fe de ellos, suscriben el presente en dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Concepción, República del Paraguay a los 01 días del mes de julio del año 2015.

Firmado por _____ en nombre de la Contratante.

GOBERNACIÓN DEPARTAMENTAL CONCEPCIÓN

Firmado por _____ (en nombre del PROVEEDOR)

Hugo D. Centurión S.
Representante
"INDUFAR CISA"