UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS

Facultad de Ciencias Veterinarias	**ORDEN DE COMPRA**	Nº 093

Señores: BIOTENG S. A. **R.U.C. N°** 80035226-2 — **Fecha de Emisión: 29/11/2024**

ID del llamado: 428.786. — **Tipo de procedimiento: LCO N° 03/2023**

Descripción del llamado: ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION

De acuerdo a su presupuesto presentado el 24 de agosto de 2024, sírvase proveer los bienes que se detallan a continuación, de acuerdo con las condiciones de esta orden de compra:

N°	Item	Cant.	Unidad	DESCRIPCIÓN	Marca	Moneda	Precio Unitario	Importe	
								Exentas	Gravadas
1	70	350	Unidad	PROPOFOL-AMPOLLA	PROPOFOL 200mg/20mL. PROSALUD	GS	74.100		25.935.000
2	72	350	Unidad	SUERO FISIOLOGICO SOLUCION	CLORURO DE SODIO AL 0,9%. PSF	GS	15.000		5.250.000
3	73	250	Unidad	SUERO FISIOLOGICO SOLUCION	CLORURO DE SODIO AL 0,9%. PSF	GS	20.500		5.125.000
4	74	125	Unidad	SUERO RINGER LACTATO/SOLUCION	RINGER LACTATO. PSF	GS	22.000		2.750.000
5	75	175	Unidad	SUERO RINGER LACTATO-SOLUCION	RINGER LACTATO. PSF	GS	17.000		2.975.000
							TOTAL I.V.A. INCLUIDO		**42.035.000**

SON GUARANIES: cuarenta y dos millones treinta y cinco mil.....

Forma de pago: CRÉDITO — **Lugar de Entrega:** DEPARTAMENTO DE CLINICAS VETERINARIAS

IMPUTACION PRESUPUESTARIA

Descripción	Detalle	
Linea Presupuestaria: 1-1-10-352-10-1-99.....	**Monto:**	16.100.000
Linea Presupuestaria: 1-1-10-356-30-1-1-99.....	**Monto:**	25.935.000
TOTAL IMPUTACION PRESUPUESTARIA:		**42.035.000**

Nota : (a). La presente orden caduca automáticamente si no se cumplen sus términos y condiciones.
(b). Al concluir el trabajo y/o servicio, sírvase adjuntar la presente orden a su factura.
(C). El plazo de entrega es de 45 días corridos a partir de la recepción de la orden .

C.P. GISSEL QUINTANA TECNICO DEPARTAMENTO DE CONTRATACIONES	C.P. JULIO ARMANDO JEFE DEPARTAMENTO DE CONTRATACIONES	ECON. PATRICIA CASTILLO DIRECTORA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
ELABORADO POR:	**VERIFICADO POR:**	**APROBADO POR:**

FIRMA: ACLARACION: FECHA DE RECEPCION:	FIRMA: ACLARACION: FECHA DE RECEPCION:
PROVEEDOR	**DEPARTAMENTO DE CLINICAS VETERINARIAS**