UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS

Facultad de Ciencias Veterinarias	**ORDEN DE COMPRA**	Nº 048

Señores: PARAGUAY LOGISTICA S.A. **R.U.C. N°** 80082167-0 — **Fecha de Emisión: 24/04/2025**

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	35	7	Unidad	GEL PARA ECOGRAFIA	SUPRAGEL	GS	52.500		367.500
2	39	40	Unidad	HIERRO+VITAMINA SOLUCION INYECTABLE	FERDEXTRAN	GS	53.000		2.120.000
3	83	25	Unidad	VITAMINA INYECTABLE	ADE SHOCK	GS	98.500		2.462.500
4	86	75	Unidad	XILAZINA INYECTABLE	XILAGAL	GS	63.500		4.762.500
							TOTAL I.V.A. INCLUIDO		**9.712.500**

SON GUARANIES: NUEVE MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS .....

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

IMPUTACION PRESUPUESTARIA

Descripción	Detalle	
Linea Presupuestaria: 1-1-10-352-10-1-1-99.....	**Monto:**	367.500
Linea Presupuestaria: 1-1-10-356-10-1-1-99.....	**Monto:**	9.345.000
Linea Presupuestaria: 1-1-10-356-30-88-1-99.....	**Monto:**	-
Linea Presupuestaria: 1-1-10-356-30-1-1-99.....	**Monto:**	-
TOTAL IMPUTACION PRESUPUESTARIA:		**9.712.500**

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**