**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN**
**FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS**

| Facultad de Ciencias Veterinarias | **ORDEN DE COMPRA** | Nº 050 |
|---|---|---|

**Señores:** GBO MEDICAL **R.U.C. N°** 4601610-4 — **Fecha de Emisión: 07/06/2023**

**ID del llamado:** 408060. — **Tipo de procedimiento: LCO N° 03/2022**

**Descripción del llamado: ADQUISICION DE INSUMOS Y DESCARTABLES PARA EL HOSPITAL VETERINARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS VETERINARIAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIO - ID N° 408060**

De acuerdo a su presupuesto presentado el 04 de abril de 2022, 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 | 6 | 40 | Unidad | Bolsa para residuos patologico | DAGON | GS | 5.000 | | 200.000 |
| 2 | 7 | 40 | Unidad | Bolsa para residuos patologico | DAGON | GS | 5.000 | | 200.000 |
| | | | | | | | **TOTAL I.V.A. INCLUIDO** | | **400.000** |

**SON GUARANIES: CUATROCIENTOS MIL** .....

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

**IMPUTACION PRESUPUESTARIA**

| Descripción | Detalle | |
|---|---|---|
| **Linea Presupuestaria:** 1-1-10-357-30-88-99..... | **Monto:** | 400.000 |
| **Linea Presupuestaria:** 1-1-10-358-30-1-1-99..... | **Monto:** | - |
| **TOTAL IMPUTACION PRESUPUESTARIA:** | | **400.000** |

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 60 días corridos a partir de la recepción de la orden .

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

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