Convenio Modificatorio Nº 01 del Contrato N° 20/2014.

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 Unipersonal **PERALTA RIVAS, LOURDES ELIZABETH - PROFARMA**, con RUC N° **2290369-0**, domiciliada Ygatimy 245 c/ Chile, de la Ciudad de Asunción, República del Paraguay, representada para este acto por el Sr. Cecilio Peralta Zarza, con Cédula de Identidad N° 812.559, denominada en adelante el PROVEEDOR, denominadas en conjunto "LAS PARTES" e, individualmente, "PARTE", acuerdan celebrar el presente "***CONVENIO MODIFICATORIO N° 01 DEL CONTRATO N° 20/2014*** - relativas a la **ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA GOBERNACIÓN DE CONCEPCIÓN, CON ID N° 272.761,** DE FECHA 14/07/2014, quedando la redacción conforme a lo siguiente:

1. **En la cláusula 3 – IDENTIFICACIÓN DEL CRÉDITO PRESUPUESTARIO PARA CUBRIR EL COMPROMISO DERIVADO DEL CONTRATO, por la ampliación del presente contrato:**

El crédito presupuestario para cubrir el compromiso derivado del presente Convenio Modificatorio N° 01, está previsto conforme al siguiente detalle:

Año	T.P.	Programa	Sub Programa	Proyecto	Objeto de Gasto	F.F.	O.F.	Departamento	Monto
2014	*1*	*001*	*00*	*00*	*350*	*10*	*1*	*1*	11.621.900.-
TOTAL									**11.621.900.-**

El monto de este Convenio Modificatorio N° 01, asciende a un monto total de **Gs. 11.621.900.- (Guaraníes Once millones seiscientos veinte y un mil novecientos mil)**, incluidos todos los impuestos.

Las demás disposiciones de la cláusula 3 del Contrato original no sufren variaciones y rigen para el contrato original, y este Convenio Modificatorio Nº 01.

2. **En la cláusula 5 – PRECIO UNITARIO Y EL IMPORTE TOTAL A PAGAR POR LOS BIENES y/o SERVICIOS, se amplían las cantidades en base a la siguiente planilla:**

Item	Descripción del Bien	Marca Comercial	Nombre del Fabricante	Procedencia	Unidad de Medida	Cantidad	Presentación	Precio unitario (IVA incluido)	Precio Total (IVA incluido)
1	Aciclovir 200 mg Comp.	VIDERMINA 200	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	30	Caja x 25 comprimidos	14.400	432.000
2	Acido Folico 10 mg Comp.	IMEGLOBIN 10	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	30	Caja x 30 comprimidos	3.950	118.500
4	Amoxicilina 875 mg + Sulbactam 125 mg comp.	ANAMOX IBL FORTE	ALMOS	NACIONAL	Unidad	100	Caja x 14 comp.	14.900	1.490.000
8	Cefalexina 500 mg caps.	GALEN BIOTIC	GALENO	NACIONAL	Unidad	60	Caja x 12 capsulas	5.900	354.000
14	Enalapril 10 mg. Comp.	TENSIL 10	GALENO	NACIONAL	Unidad	200	Caja x 30 comp.	3.800	760.000
15	Furosemida 40mg. comp.	URIMEG	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	20	Caja x 10 comprimidos	3.400	68.000
16	Gentamicina 1 mg., Betametasona 1 mg, Miconazol 20 mg.Crema	NEOCOR	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	40	Caja x 1Pomo x 20 gs.	3.900	156.000
17	Ibuprofeno 400 mg Comp.	IBUMOVILEN	GALENO	NACIONAL	Unidad	240	Caja x 10 comp.	1.850	444.000
19	Ketorolac 20 mg comprimido	DOLOGALEN	GALENO	NACIONAL	Unidad	140	Caja x 10 comp.	2.050	287.000

PROFARMA de Lourdes Peralta Rivas DISTRIBUIDORAS - REPRESENTACIONES IMPORTACIONES - EXPORTACIONES Avda. Ygatimi Nro. 245 Telefax: 495-870

GOBIERNO DEPARTAMENTAL CONCEPCIÓN

29	Aciclovir 200 mg/5ml. Susp.	VIDERMINA 200	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	40	Caja x 1Frasco x 120 ml	14.400	576.000
30	Albendazol 400 mg/10 ml. Suspensión oral. Ampollas Bebibles	LAMBIZOL	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	100	Caja x 5 Ampollas bebibles min de 10 ml	7.500	750.000
31	Ambroxol 15 mg/5ml. jarabe	FLUIDON 15	ALMOS	NACIONAL	Unidad	200	Caja x 1 Frasco x 120 ml	4.700	940.000
32	Amoxicilina 500 mg/5ml suspensión	NOVAMOX 500	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	140	Caja x 1 Frasco x 60 ml	6.000	840.000
34	Amoxicilina 1 g + Sulbactam 250 mg / 5 ml	NOVAMOX DUO IBL	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	60	Caja x Frasco x 60 ml	16.500	990.000
43	Mebendazol 100 mg/5ml Suspensión	PANVER	GALENO	NACIONAL	Unidad	80	Caja x 1 Frasco x 30 ml	2.480	198.400
47	Nistatina 100.000 U.I. / ml Susp.	NISTA - T	DELTA	NACIONAL	Unidad	40	Caja x Frasco x 60 ml	11.400	456.000
53	Ampicilina 1 g inyectable	CILIMPIL 1GR	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	60	Caja x 1 Fco. Amp. Iny + solv.	5.950	357.000
54	Ampicilina 1 g + sulbactan 0,5g. Inyectable	CILIMPIL BACTAM 1500	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	60	Caja x 1 Fco. Amp. Iny + solv.	7.850	471.000
56	Dexametasona 8 mg inyectable	DEXAFLOG	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	60	Caja x 1 Frasco ampolla x 2 ml	2.500	150.000
63	Ketorolac 60 mg inyectable	TETRALGIN 60	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	160	Caja x 1 Ampolla x 2 ml.	2.480	396.800
67	Citicolina gotas-	CERODIL	ALMOS	NACIONAL	Unidad	30	Caja x gotero 30ml	28.500	855.000
72	Omeprazol 20 mg comp.	GASTROPAX NF	GALENO	NACIONAL	Unidad	40	Caja x 10 comprimidos	4.950	198.000
77	Gentamicina 400 mg iny-	BIOGENTA 400	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	12	Caja ampolla x 10ml	5.450	65.400
84	Clorfeniramina comp-	CLORFEN	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	12	Caja x 100 comprimidos	16.000	192.000
85	Clorfeniramina jarabe	CLORFEN	GUAYAKI	NACIONAL	Unidad	12	Caja x frasco de 100 ml	6.400	76.800
Precio Total Incluido todos los impuestos →									**11.621.900**

El monto total ampliado asciende a la suma de **Gs. 11.621.900.- (Guaraníes Once millones seiscientos veinte y un mil novecientos)** incluidos todos los impuestos para la Adquisición de Medicamentos para la Gobernación de Concepción.

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

3. **En la cláusula 9 - FORMA Y TÉRMINOS 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 05% (cinco por ciento) del monto ampliado del Convenio Modificatorio N° 01.

   Las demás disposiciones de la Cláusula 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 29 días del mes de julio del año 2014.

GOBERNACION I DEPARTAMENTO CONCEPCION

Firmado por: _____ en nombre de la Contratante

PROFARMA de Lourdes E. Peralta Rivas DISTRIBUIDORAS - REPRESENTACIONES IMPORTACIONES - EXPORTACIONES Avda. Ygatimí Nro. 245 Telefax: 495-076 Ac. Py.

Firmado por Cecilio Peralta Zarza. _____ (en nombre del PROVEEDOR)