

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TUBO DE ENSAYO VIDRIO 12 X 100 MM (100 UN)	5,700.0	11,400
2	TORULA ASTA MADERA-PUNTA ALGODON ESTERIL X 100 UN	4,900.0	9,800
1	CANASTILLO ALAMBRE GALVANIZADO 17X17X15 CM (CINCO)	11,500.0	11,500
1	PORTAOBJETOS BORDE COMUN X 50UN	1,500.0	1,500
10	TUBO VHS-ESR MONOSEO A 1.28 ML (NA-CIT) X 100 UN	21,500.0	215,000
1	PLASMA CONTROL NIVEL 1 COAGULACION 10 X 1ML	41,800.0	41,800
1	PLASMA CONTROL NIVEL 2 COAGULACION 10 X 1ML	41,800.0	41,800
1	AZUL BRILLANTE CRESILO (SOLUCION) X 25ML	12,400.0	12,400
1	HEXAGON TROPONIN (20 TESTS)	129,800.0	129,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	475,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	475,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	90,250
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	565,250

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS

	MEMO # 021		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD. LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ALGODON HIDROFILO TORULADO 0.5 GR X 200 UDS	900.00	18,000

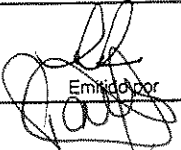

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -


CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 18,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 18,000
 IVA 3,420
 TOTAL FACTURA 21,420

SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS

 Emisor por	MEMO # 021 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	------------------------------	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA Env 30/10/13

068264

FECHA: 29-10-2013

Señor(es): PROMEDAR LTDA 796530200

Dirección: ANTONIO BELLET 310

Teléfono: 2351032

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SANGRE OCULTA CASSETTE 25 TEST (FOB)	29,250.00	58,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	58,500
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	58,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,115
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,615

SON : SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS

	MEMO #021	
Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): TECNIGEN S.A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	STA NEOPLASTINE CI PLUS 5	45,198.00	90,396
1	STA CEPHASCREEEN 4	188,338.00	188,338
1	STA CACL 2 Ø.Ø2M	54,881.00	54,881
1	STA COAG CONTROL N+P	156,420.00	156,420
1	STA SATELLITE CUBETAS	301,181.00	301,181
1	STA DESORB U	93,850.00	93,850
2	STA PAPEL TERMICO STA SATELLITE / START 4	3,958.00	7,916
2	STA CLEANER SOLUTION (1X2.5L)	24,333.00	48,666
1	ACEITE DE INMERSION P/MICROSC MERCK	18,000.00	18,000
1	GIEMSA EN SOLN P/MICROSC MERK	25,038.00	25,038
4	MAY GRUENWALD EN SOLN P/MICROSC MERCK	17,425.00	69,700

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,054,386
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,054,386
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	200,333
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,254,719

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DIECINUEVE -
RESOS

	MEMO # 021	
Emiso por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA *Env 30/10/13*

068262

FECHA: 29-10-2013

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **de Fecha** **servase despachar**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TIRAS REACTIVAS GLICEMIA PARA TD X 50 UDS	9,000.00	45,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	45,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	45,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,550
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,550

SON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

	MEMO # 021		
Emitida por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA *Env 30/10/13*
 068261

FECHA: 29-10-2013

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GLUCOSA BEBIBLE 290 ML SABOR NARANJA X 24 UDS	14,880.00	148,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	148,800
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	148,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,272
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	177,072

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO SETENTA Y SIETE MIL SETENTA Y DOS PESOS

	MEMO # 021	
Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:
 ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LAB-SOLUTIONS LTDA. 760938815

Dirección: AV. IRARRAZABAL 2821 OF/513

Teléfono: 2690725

At.: Sr. VICTOR SANTANDER

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


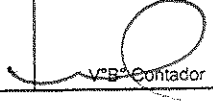
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TUBO KHAN POLIESTILENO 12X75 MM X 500 UDS	6,500.00	6,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	6,500
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	6,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,235
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,735
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SIETE MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

	MEMO # 021	
Empleado	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA **Env 30/10/13**
068259

FECHA: 29-10-2013

Señor(es): LAB-SOLUTIONS LTDA. 760938815

Dirección: AV. IRARRAZABAL 2821 OF/513

Teléfono: 2690725

At: Sr. VICTOR SANTANDER

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PLACA PETRI DESECHABLE 90 X 15 MM X 500 UDS	38,000.00	38,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	38,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	38,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,220
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,220

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS

	MEMO # 021		
Emisor	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

Env 30/10/13

068258

FECHA: 29-10-2013

Señor(es): BIOMERIEUX CHILE S.A. 966599200

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF. 603

Teléfono: 6342093

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CHOCO POLY VCAT3 X 10 PL	5,717.00	5,717
12	AGAR COLUMBIA+5% SC 10 PLACAS	5,706.00	68,472
1	ARTHI-SLIDEX CAJA DE 100 DETERMINATES	59,053.00	59,053

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 133,242
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 133,242
IVA 25,316
TOTAL FACTURA 158,558

SON : CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

	MEMO # 021		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): VALTEK S.A. 795688501

Dirección: AVDA. MARATON 1943

Teléfono: 6541199

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AGAR CITRATO SIMMONS TUBO 12 X 120 30 UDS	9,328.00	9,328
1	MEDIO UREA CHRISTENSEN TUBO 12 X 120 30 UDS	9,328.00	9,328
4	CEFTAZIDIMA/AC CLAVULANICO (CTA) 30/10 MCG FRA SCO X 50 UDS	6,752.00	27,008
1	MEDIO LIA TUBO 12 X 120 30 UDS	9,328.00	9,328
1	MEDIO MID TUBO 12 X 120 30 UDS	9,328.00	9,328
1	AGAR TSI TUBO 12 X 120 30 UDS	9,328.00	9,328
1	AGAR TELURITO DE K 10 UN 5 CMS	4,664.00	4,664
2	COMBI-PL AGAR DERMAT/SABOUR CAF 10 UN 9 CM	11,660.00	23,320
2	DESODORANTE AUTOCLAVES 10 UDS	2,546.00	5,092

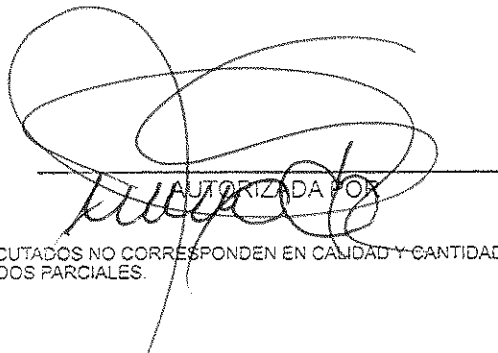
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	106,724
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	106,724
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,278
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,002
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO VEINTISIETE MIL DOS PESOS		

	MEMO # 021	
Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA *Env 30/10/13*
068256

FECHA: 29-10-2013

Señor(es): COMERCIAL A Y B S.A. 965609008

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PRESERV - 21 FCL 10 ML	3,200.00	32,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TREINTA Y OCHO MIL OCHENTA PESOS

VALOR NETO 32,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 32,000
IVA 6,080
TOTAL FACTURA 38,080

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:
ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA. SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	LIGADURA TIPO VACUTAINER	7,254.00	36,270

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039



No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 36,270
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 36,270
 IVA 6,891
 TOTAL FACTURA 43,161

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS

 Emtido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	HEMOGARD PLUS LILA 3 ML EDTA - COD 755127	56.42	112,840
200	HEMO PL CE 2.7 ML C/SO 3.2% - COD 755200	63.78	12,756
1,000	HEMOGARD PL GRIS 4 ML OX. FLUO - COD 755069	65.00	65,000



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

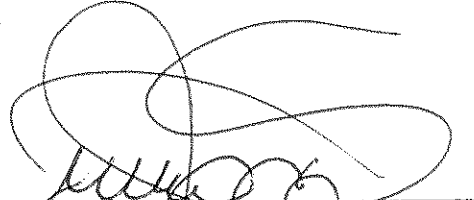
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	190,596
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	190,596
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	36,213
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	226,809

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS NUEVE PESOS

	MEMO # 021	
Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PV EQUIP S.A. 798956701

Dirección: LOS CAPITANES 1388

Teléfono: 2744786

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CIPROFLOXACINO (CIP) 5 UG 250 DISCOS	8,140.00	8,140
1	CEFALOTINA CLSI (KF) 30 UG 250 DISCOS	8,140.00	8,140
1	GENTAMICINA (CN) 10 UG 250 DISCOS	8,140.00	8,140



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONCO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

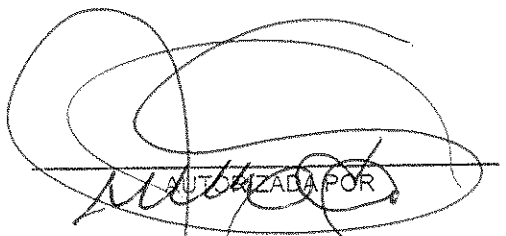
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	24,420
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	24,420
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,640
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,060

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTINUEVE MIL SESENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B* presupuesto	 V*B* Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA Env 30/10/13
068251

FECHA: 29-10-2013

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL TERMICO IMPRESORA COD BARRA - ETIQUETAS AUTOADHESIVAS TERMICAS X 200 UDS	10,190.00	101,900
2	ACIDO URICO UA GEN 2 400 TEST COBAS C INTEGRA	33,560.00	67,120
1	ALBUMINA ALB BCG GEN 2 300 TEST COBAS C INTEGRA	23,536.00	23,536
3	BILIRRUBINA DIRECTA DIL-D GEN 2 350 TEST COBAS C INTEGRA	32,104.00	96,312
4	BILIRRUBINA TOTAL BIL-T DPD GEN 2 250 TEST COBAS C INTEGRA	35,000.00	140,000
1	CALCIO CA GEN 2 COBAS INTEGRA REF 5061482190 300 TEST	27,480.00	27,480
5	HDL COLESTEROL HDL-C GEN 3 200 TEST COBAS C INTEGRA	111,368.00	556,840
3	COLESTEROL CHOL HICO GEN 2 400 TEST COBAS C INTEGRA	22,104.00	66,312
3	CREATININA CREAJ GEN 2 700 TEST COBAS C INTEGRA	24,032.00	72,096
2	FOSFATASA ALCALINA ALP IFCC GEN 2 X 400 TEST	31,592.00	63,184
3	GAMA GT GBT GEN 2 400 TEST COBAS C INTEGRA	36,600.00	109,800
2	GLUCOSA GLUC HK GEN 3 800 TEST COBAS C INTEGRA	71,416.00	142,832
2	GOT ASTL 500 TEST COBAS C INTEGRA	47,368.00	94,736
2	GPT ALTL 500 TEST COBAS C INTEGRA	47,368.00	94,736
1	PROTEINAS TOTALES TP GEN 2 300 TEST COBAS C INTEGRA	17,568.00	17,568
5	TRIGLICERIDOS TRIGL 250 TEST COBAS C INTEGRA	69,528.00	347,640
3	UREA UREAL 500 TEST COBAS C INTEGRA	46,160.00	138,480
5	MICROALBUMINURIA ALB-T GEN 2 100 TEST COBAS C INTEGRA	96,280.00	481,400
4	NAOH CLEAN CAS 1 C501/C311	8,622.00	34,488
3	HBA1C TQ GEN 3 150 TEST COBAS C 501	244,344.00	733,032
1	HBA1C TQ HAEMOLYZING RGT COBAS C	49,728.00	49,728

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 3,459,220
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 3,459,220
IVA 657,252
TOTAL FACTURA 4,116,472

SON : CUATRO MILLONES CIENTO DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

	MEMO # 021		
Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA *Env 30/10/13*

068250

FECHA: 29-10-2013

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **servase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	URISYS CASSETTE	114,931.00	689,586
2	HCG+BETA II ELECSYS COBAS E X 100	174,909.00	349,818
2	FSH ELECSYS COBAS E X 100	176,190.00	352,380
2	TOTAL PSA GEN 2.1 ELECSYS COBAS E X 100	274,533.00	549,066

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,940,850
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,940,850
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	368,762
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,309,612

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS

	MEMO # 021		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068237

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Teléfono:

Dirección: PARANA 8479

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CORTAVIENTOS T/M CON LOGO CORPORATIVO	18,900.0	37,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 37,800
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 37,800
IVA 7,182
TOTAL FACTURA 44,982

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

CONDICIONES:

LA COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SERVICIOS GRAFICOS J Y C LTDA 789533601

Dirección: CUEVAS 1460

Teléfono: 5543841

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
68	DIPLOMAS CON MARCO CON PAPEL TETON IVORY DE 10 6 GRS PALPANTUM C IMPRESION ESPECIAL EN PAPEL VIA LANEN BRIGH WHITE 216 GRS PERSONALIZADOS, Y BTROQUELADOS CON TINTA TRICOLOR ENMARCADA	38,000.00	2,584,000
		INCLUYE MEDALLA	NIQUELADA

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
PLAZO ENTREGA : 15 NOVIEMBRE 2013
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 2,584,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 2,584,000
IVA 490,960
TOTAL FACTURA 3,074,960

SON TRES MILLONES SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS

SESENTA PESOS

Emitido por  Solicitada por V*B* presupuesto V*B* Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CANTIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

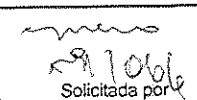
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PROVISION E INSTALACION DE FILM PAVONADO PARA VENTANAS 2º PISO	32,000.00	128,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES	VALOR NETO	128,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	128,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	24,320
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	152,320

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,000	TARJETAS DE CARNET DE CURACION IMPRESAS POR AMBOS LADOS DIFERENTES	140.00	140,000
1,000	TARJETA CARNET DE TETANOS IMPRESA POR AMBOS LADOS DIFERENTES	149.00	149,000
2,000	TARJETONES ADULTO MAYOR IMPRESO AMBOS LADOS DIFERENTES 3 PLIZADOS	292.00	584,000
1,000	TARJETONES DENTAL CON 18 PERFORACIONES IMPRESO POR AMBOS LADOS DIFERENTES CON 2 PLIZADOS	685.00	685,000
20	BLOCK DE 100 HOJAS CERTIFICADO DE EMBARAZO IMPRESO SEGUN MUESTRA	7,400.00	148,000

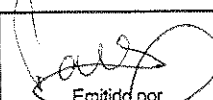
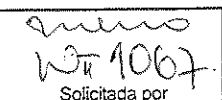
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

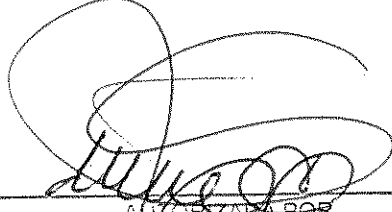
CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	1,706,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,706,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	324,140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,030,140

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES TREINTA MIL CIENTO CUARENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): AGUILERA E HIJOS LTDA 761982923

Dirección: AV IRARRAZAVAL 3054

Teléfono:

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

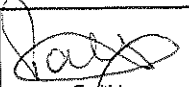
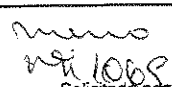

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MINI PERSIANAS DE ALUMINIO 25 MM INSTALADAS (4)	133,076.00	133,076

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES	VALOR NETO	133,076
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	133,076
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	25,284
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	158,360

SON : CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS. SESENTA PESOS

 Emitted por	 Solicitada por	V*B* presupuesto	 V*B* Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

11-X

068231

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS FADIMMED LTDA. 775945001

Dirección: LOS TREBLES 263

Teléfono: 5591617

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LAMAPARA DE CURACIONES CON PEDESTAL	30,800.0	30,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	30,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	30,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	5,852
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,652

SON : TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

		V°B° presupuesto	
Emitido por	Solicitada por		V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	AUTOADHESIVOS CON TEXTOS CDD PENAL Y LOGO IMPRESO SOBRE MATERIAL RIGIDO 0.30 X .043 A DOS COLORES	4,900.0	147,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	147,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	147,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	27,930
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	174,930

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS

		V°B° presupuesto	
--	--	------------------	--

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA Env 25.10.13

068229

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS FADIMMED LTDA. 775945001

Dirección: LOS TREBOLES 263 Teléfono: 5591617

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° de Fecha Despachar facturas y de pagar Entrega ** y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARTABON PEDIATRICO DE MADERA	47,600.00	47,600

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	47,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	47,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,044
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	56,644

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

CON CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

Env. 25.10.13

068227

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): ASESORIAS EN COMPUTACION CBX LTDA. 760057711

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr. PEDRO CAJAS

De acuerdo a su cotización N° de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega **** sin verse despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	HP DESKTOP PRO 4300 SFF HEWLETT PACKARD	294,000.00	294,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMIN	VALOR NETO	294,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	294,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	55,860
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	349,860

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON: TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS

		V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	--	------------------	---------------

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA *Env 25.10.13*

068225

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): UNIVERSIDAD DE CHILE 609100001

Dirección: AV. INDEPENDENCIA 1027

Teléfono: 7322436

At: Sr. De acuerdo a su cotización N° de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega **** y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CURSO CARIOLOGIA APS RESOL. 2325 SSMD	110,000.00	110,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421113 PERFECC.Y CAPACITACION	VALOR NETO	110,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	110,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	110,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIEZ MIL PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

Env. E Symmes

068224

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

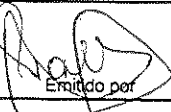
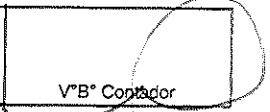
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	80,000
1	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	150,000

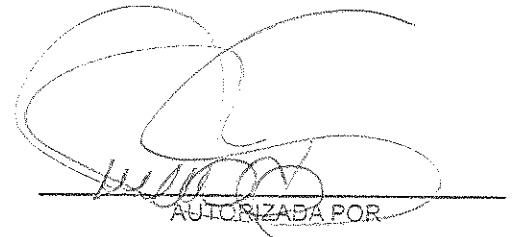
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS

VALOR NETO 230,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 230,000
 IVA 0
 TOTAL FACTURA 230,000

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

Env E. Symon

068223

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	120,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES,
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	120,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	120,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	120,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
PERSONA: CIENTO VEINTE MIL PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

Env E.Symmes

068222

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **de Fecha** **servase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	40,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA MIL PESOS

--	--	--	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha si Vase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

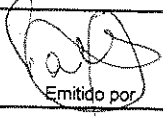
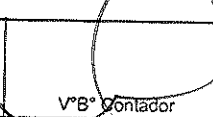
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

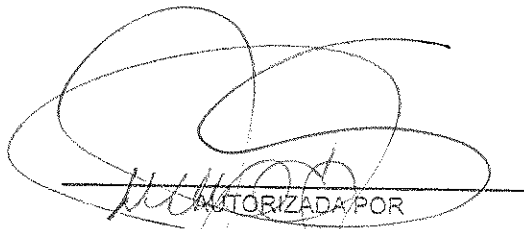
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=D
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : CUARENTA MIL PESOS

VALOR NETO 40,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 40,000
IVA 0
TOTAL FACTURA 40,000

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

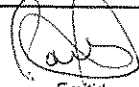
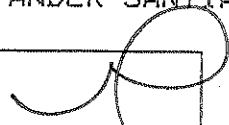
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0
 DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

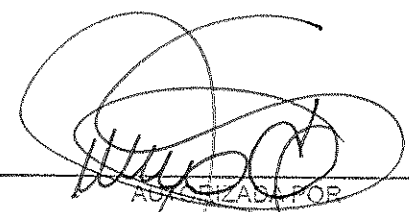
VALOR NETO 40,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 40,000
 IVA 0
 TOTAL FACTURA 40,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA MIL PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068219

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): BECKER, PADRUNO Y CIA. LTDA. 835033007

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
18	JUGOS WATTS	710.0	12,781

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	12,781
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	12,781
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	2,428
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,209
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : QUINCE MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

2207

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega **** de Fecha Sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CREDENCIALES ENFERMEDADES AUGE X 5000 U	425,000.00	425,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039




No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

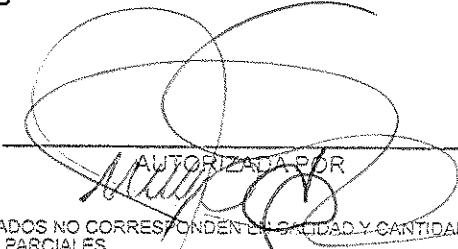
VALOR NETO 425,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 425,000
 IVA 80,750
 TOTAL FACTURA 505,750

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CANTIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

227



ORDEN DE COMPRA

068217

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): CENCOSUD RETAIL S.A. 81201000K

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° de Fecha Despatchar facturas en lugar Entrega ** y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MICRO PHILIPS CON DVD, DOCK MOD. 2030 SKU 18 2472	67,218.49	67,218

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424196 CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	67,218
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	67,218
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	12,772
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	79,990

SON : SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

Emisor por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): BECKER, PADRUNO Y CIA. LTDA. 835033007

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	FRAC	294.1	1,471
5	TUAREG	231.0	1,155
5	ALTEZA	521.0	2,605
5	TRITON FRUTILLA	313.4	1,567
5	KUKY	394.1	1,971
5	MANTEQUILLA	357.1	1,786

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	10,555
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	10,555
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	2,005
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOCE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	CITALOPRAM 20 MG X 300 CM	10,200.00	1,020,000

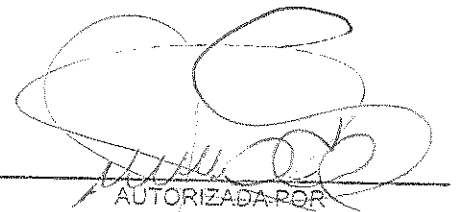
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON DOSCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS PESOS

VALOR NETO 1,020,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,020,000
 IVA 193,800
 TOTAL FACTURA 1,213,800

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B* presupuesto	 V*B* Contador
---	--------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



ORDEN DE COMPRA

068214

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): BECKER, PADRUNO Y CIA. LTDA. 835033007

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sirvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
720	JUGOS	133.6	96,199
117	DISPLAY CEREAL	294.1	34,412

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	130,611
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	130,611
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	24,816
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	155,427

MONTO : CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTISIETE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
Sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	ACIDO ACETILSALISILICO 100 MG X 1000 CM	4,800.00	240,000
54	ORALGENE 0.12 % COLUTORIO 120 ML	2,065.00	111,510

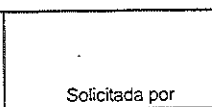
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/ACTURA

VALOR NETO 351,510
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 351,510
IVA 66,787
TOTAL FACTURA 418,297

SON : CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por
 Solicitada por
 V°B° presupuesto
 V°B° Contador

PROVEEDOR

 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

22x

Señor(es): GABRIEL ALEJANDRO BOETTIGER RIVERA 132728658

Dirección: LEON NEGRO 787

Teléfono: 2241010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIMPIEZA CAMARAS DECANTADORAS Y DESAGUES	470,000.00	470,000



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

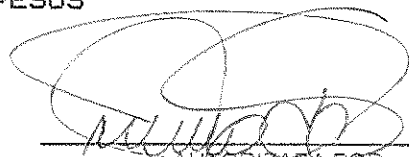
CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES	VALOR NETO	470,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	470,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	89,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	559,300

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B* presupuesto	 V*B* Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

22-7



ORDEN DE COMPRA

068211

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS FADIMMED LTDA. 775945001

Dirección: LOS TREBOLES 263 Teléfono: 5591617

At: Sr. de Fecha **** Despachar factura en lugar Entrega **** sin v. despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LAMPARA DE CURACIONES CON PEDESTAL	30,800.00	30,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	30,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	30,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	5,852
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,652

SON : TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

		V*B* presupuesto	
Emitido por	Solicitada por		V*B* Contador

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068210

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At: Sr. De acuerdo a su cotización N° de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega **** de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
202	PRAMICIL 40 MG X 30 CM	6,500.00	1,313,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,313,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,313,000
 IVA 249,470
 TOTAL FACTURA 1,562,470

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FERIA CHILENA DEL LIBRO 830687009

Dirección: ISIDORA GOYENECHEA 3162

Teléfono: 3458354

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


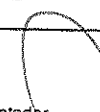
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIBRO PARQUE NACIONAL CORCOVADO	50,000.0	50,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS

VALOR NETO 50,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 50,000
 IVA 9,500
 TOTAL FACTURA 59,500

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

177



ORDEN DE COMPRA

068208

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): SALSA COLOR IMPRESIONES LTDA 770304806

Dirección: AVDA. POTUGAL 1361

Teléfono:

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega **** de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
18	DECLARACION DE DERECHOS DE LOS PACIENTES X MTS	4,000.00	72,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 72,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 72,000
 IVA 13,680
 TOTAL FACTURA 85,680

SON : OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS

Escrito por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZABA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): comercial malettek ltda 966519002

Dirección: Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega **** si vase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LOCKERS PLASTICO MODELO LP2-04 PTC	383,475.00	383,475

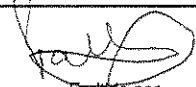

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

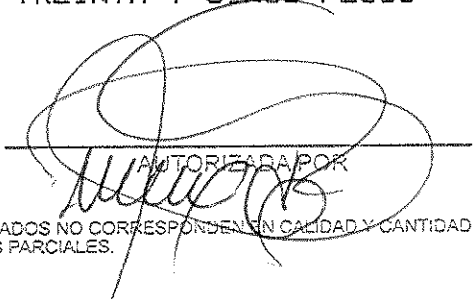
CUENTA : 122104 MUEBLES, UTILES Y ENS.DE SALUD	VALOR NETO	383,475
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	383,475
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	72,860
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	456,335

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

 Emisor por	 Solicitada por	 V*B* presupuesto	 V*B* Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

177

068204

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha si vase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


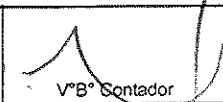
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ACTUALIZACION SENALETICA DEL LABORATORIO	105,000.00	105,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

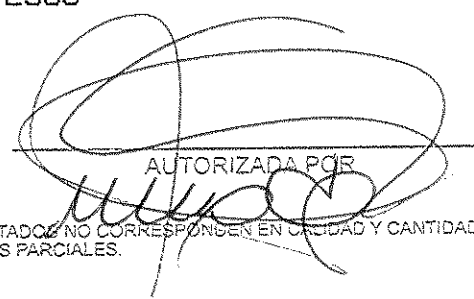
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425104 GASTOS DEL DIRECTORIO	VALOR NETO	105,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	105,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,950
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	124,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR


OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CANTIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ARTICULOS DEPORTIVOS SIDERAL LTDA. 770607205

Dirección: AV.B. O'HIGGINS 3409

Teléfono: 7763323

At.: Sr. de Fecha ** Despachar factura en lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	KIT DE FOTBOL TENIS	21,765.00	108,825
100	ELASTICO GRUESO DE 3 CM. DE ANCHO (EN METROS)	66.39	6,639
6	MINIARCOS DE BABY FOOTBALL	11,681.00	70,086
10	BALON DE ESPONJA N° 5	2,428.00	24,280
3	MINICESTO DE BASQUETBOL	10,000.00	30,000
8	MINI BALON DE BASQUETBOL N° 5	3,781.00	30,248
40	CUERDA CORTA DE 3 MT. PARA SALTO	1,134.00	45,360
10	CUERDA LARGA DE 10 MT. PARA SALTOS GRUPALES	15,126.00	151,260
8	PALETA DE PLAYA	3,277.00	26,216
5	PELOTA DE TENIS DE ESPONJA (INICIACION)	1,260.00	6,300
26	PALETA DE PING PONG	1,386.00	36,036
39	PELOTA DE PING PONG	832.00	32,448
8	RED PARA MESA DE PING PONG (SET COMPLETO)	2,101.00	16,808
6	CLAVAS	4,370.00	26,220
8	PELOTITAS BURBUJAS	2,605.00	20,840
2	GOLO TOPE GOMA	10,000.00	20,000
6	ARGOLLA N° 32	2,605.00	15,630
7	MESA DE PING PONG	107,723.00	754,061
4	RED DE MINITENIS	21,008.00	84,032
12	PELOTA DE TENIS	2,513.00	30,156


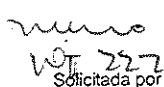
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424122 EQUIPAMIENTO EXTRAESCOLAR	VALOR NETO	1,535,445
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,535,445
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	291,735
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,827,180

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

RESERVACIONES:

ESTE ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


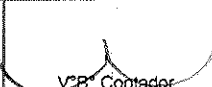
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	40,000
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,000
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUARENTA MIL PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B° presupuesto	 V*B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	80,000


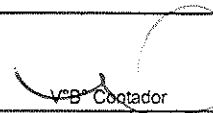
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

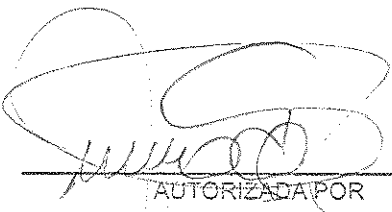
CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	80,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA MIL PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

2
177

068200

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	40,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA MIL PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA
068199

e
17-X

FECHA: 16-10-2013

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° de Fecha ** Despachar factura en Lugar Entrega **
sírvese despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=D	VALOR NETO	40,000
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,000
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA MIL PESOS

Emiso por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068198

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): ELECTRONICA Y COMERCIAL SISTEMA LTDA. 782889109

Dirección: PUDETO 6908

Teléfono: 2837033

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	KIT PANTALLAS NUMERICAS X 2	210,000.0	210,000





LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

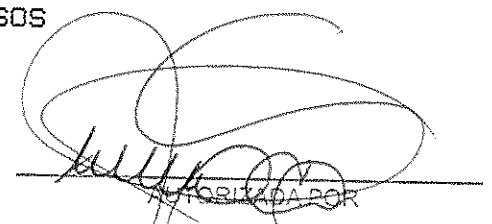
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422102 MANT. Y REPAR. EQUIPOS
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 210,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 210,000
 IVA 39,900
 TOTAL FACTURA 249,900

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS

 Emitted por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


 SOLICITADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068197

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	RECETAS RETENIDAS AUTOCOPIATIVAS PSIQUIATRA	4,200.0	210,000
50	RECETAS SIMPLE PSIQUIATRA 100*1	2,100.0	105,000
50	RECETAS RETENIDAS AUTOCOPIATIVAS FOLIADAS Y PERSONALIZADAS 50*2	4,200.0	210,000
50	RECETAS SIMPLES PERSONALIZADAS	2,100.0	105,000




LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	630,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	630,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	119,700
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	749,700

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

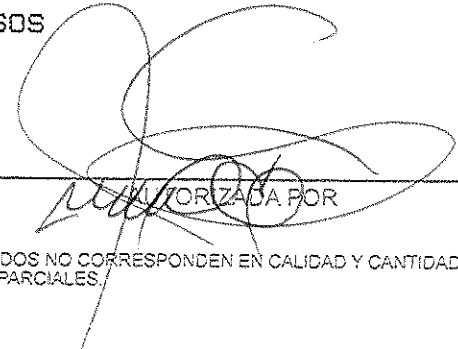
PERSONA : SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.


AUTORIZADA POR

Señor(es): PRECISION S. A. 969809109

Dirección: AVDA EJERCITO 521

Teléfono: 4226270

At: Sr: DORIS DIAZ
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BALANZA PEDIATRICA PRECISION	80,000.0	80,000

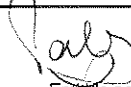
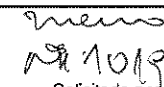
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

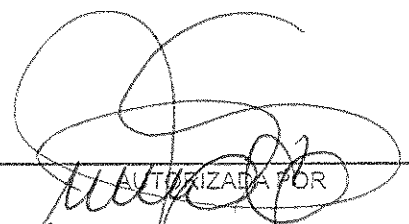
CUENTA : 122107 EQUIPO CALEF.ACONDICIONADO	VALOR NETO	80,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	80,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	95,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068195

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TSH ELECYS, COBAS E X 200 KIT	263,963.00	2,111,704
2	ELECSYS PRECLEAN M COBAS E	145,830.00	291,660
3	ELECSYS CLEANCELL MOD E601	85,806.00	257,418
3	ELECSYS PROCELL MOD E601	85,806.00	257,418
1	KOMBI RACK MOD. E 601	257,740.00	257,740
2	FT4 62 ELECSYS COBAS E 200	249,522.00	499,044

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	3,674,984
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,674,984
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	698,247
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,373,231

SON : CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA Y - UN PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

AUTORIZADOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): BECKER, PADRUND Y CIA. LTDA. 835033007

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	COLACIONES	134,412.0	134,412

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

VENTA	: 424196	CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	134,412
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA		SUB-TOTAL	134,412
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207		IVA	25,538
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C./FACTURA		TOTAL FACTURA	159,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Firma]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


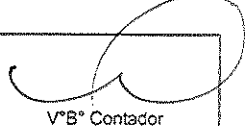
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARGA DE GAS CLASICO DE 15 KG	15,806.72	31,613
3	CARGA DE GAS CLASICO DE 5 KG	7,302.52	21,908

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

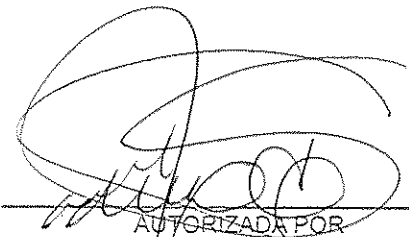
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS

VALOR NETO 53,521
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 53,521
 IVA 10,169
 TOTAL FACTURA 63,690

 Emitido por	MEMO # 742 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

154

068190

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARGA DE GAS CLASICO DE 45 KG	39,260.50	78,521

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	78,521
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	78,521
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,919
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,440
MON : NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS		

	MEMO # 742		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

14-10-2013

FECHA:

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS CLASICO 45 KG	39,260.50	39,261

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-~~

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	39,261
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	39,261
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,460
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,721

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS

	MEMO # 742		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): JOSE ANTONIO DULANTO MUJICA 169377383

Dirección: MONS. ESCIBA DE BALAGUER 941 DEPTO 404

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALFAJORES X 500 U	205,555.00	205,555

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

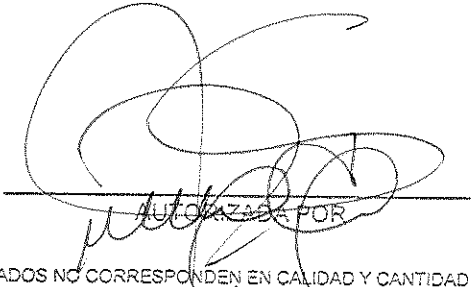
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	205,555
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	205,555
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	10 % RETENCIO	20,555
FORMA DE PAGO : INMEDIATA	TOTAL FACTURA	185,000

SON : DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CIENTO DIEZ PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): PROCESOS SANITARIOS S.A. 966977108

Dirección: CERRO EL ROBLE 9661

Teléfono: 7471009

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	CONTENEDOR PRO - Ø6 CAP. 6 LTS	2,045.00	49,080
4	SOPORTE CONTENEDORES	2,091.00	8,364

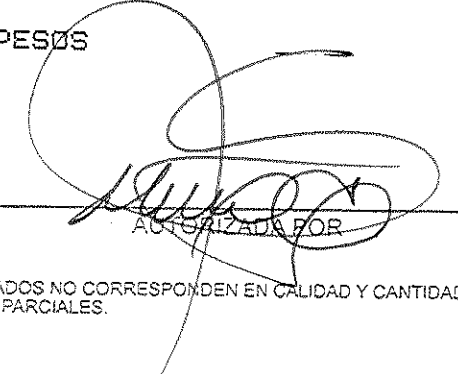
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	57,444
DIRECCION DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
TERMINO DE ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	57,444
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	10,914
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,358
CONDICION DE PAGO	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO	: SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS		

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068184

FECHA: 14-10-2013

16-X

Señor(es): JOSE LEON Y CIA LTDA 799030306

Dirección: EL ROBLE 282

Teléfono:

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SUMINISTRO E INSTALACION DE E.A.A. BODEGA DE P NAC Y PACAM	312,074.00	312,074

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 431103 MOBILIAR.CASINO	VALOR NETO	312,074
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	312,074
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	59,294
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	371,368

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VAL : TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

S:

TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
ES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LEONARDO GUZMAN PEREZ 078787384

Dirección: EL DANTE 4373 OFICINA 308

Teléfono:

At.: Sr. LEONARDO GUZMAN
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIMPIEZA SECTOR DENTAL	482,000.00	482,000
1	LIMPIEZA SECTOR BOX MEDICOS	298,000.00	298,000


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

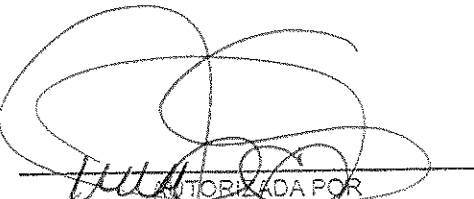
CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES	VALOR NETO	780,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	780,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	148,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	928,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS PESOS

 Emisor por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

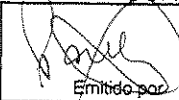

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PACK GES ODONTOLOGICO EMBARAZADAS N-3	340,920.00	340,920

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

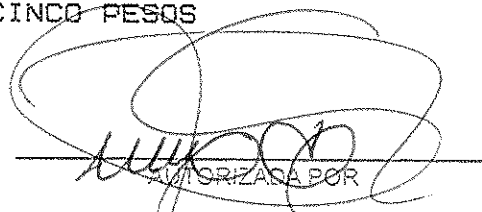
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424252 ODONTOLOGICO INTEGRAL EMBARAZADA	VALOR NETO	340,920
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	340,920
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	64,775
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	405,695

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUATROCIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B° presupuesto	 V*B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068181

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): TECNIGEN S.A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **de Fecha** **servase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ACEITE DE INMERSION 100 ML	18,000.0	18,000
1	GIEMSA EN SOLN.P.MICROSC	25,038.0	25,038
3	MAY GRUENWALD EN SOL.	17,425.0	52,275

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	95,313
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	95,313
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,109
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	113,422

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TRECE MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

14X

068180

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): PHARMA INVESTI DE CHILE S.A. 945440007

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	VIADIL SIMPLE 5 MG / 1 ML X 100 AMP	40,500.00	324,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	324,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	324,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	61,560
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	385,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SANDOFI-AVENTIS DE CHILE S.A. 922510008

Dirección: ANDRES BELLO 2711, P 12

Teléfono: 3667083

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

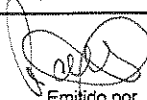

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ADENSINA TRICOR VI 6MG/2ML	51,017.00	51,017

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	51,017
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,017
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,693
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,710

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SESENTA MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
23	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.00	147,200
2	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.00	12,000
1	GLUCOSA 30 % X 20 ML 0 cjx50	13,000.00	13,000
3	AGUA BIDEFILADA 5 CC/CJ*100	6,500.00	19,500
1	SUERO RINGER 500 ML CJX20	7,800.00	7,800
16	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.00	79,200
2	SUERO GLUCOSADO 5%/500ML CJX20	7,000.00	14,000
1	CLORFENAMINA 10 MG/ML cjx100	7,400.00	7,400
1	DOPAMINA HCL 200 MG X 5 ML X 20 U	5,280.00	5,280



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento. -


CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	305,380
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	305,380
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	58,022
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	363,402

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

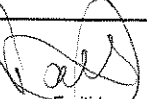

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	33,000.00	165,000
1	ADRENALINA RESEMICA	50,000.00	50,000
3	RANITIDINA 50 MG /2 ML c/jx100	6,000.00	18,000
12	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML c/jx100	5,800.00	69,600
12	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.00	72,000
1	LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX100	2,500.00	2,500
1	TIAMINA (B1) 30 MG c/jx100	6,000.00	6,000
3	BETAMETASONA 4 MG/ML c/jx100	8,200.00	24,600
2	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	6,100.00	12,200

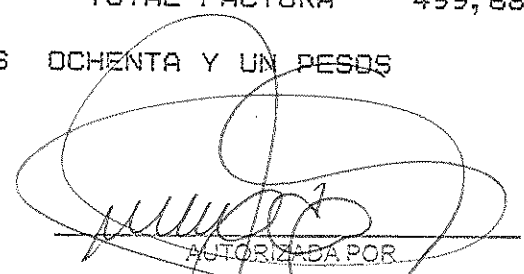
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	419,900
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	419,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	79,781
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	499,681

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Comedor


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): NOVARTIS CHILE S.A. 83002400K

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TIETILPERAZINA CJ*100AMP	53,407.00	106,814

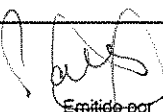

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

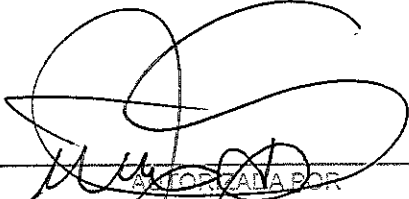
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	106,814
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	106,814
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,295
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,109

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO NUEVE PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Cantador

PROVEEDOR


FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): OPKO CHILE S.A. 766696309

Dirección: AGUSTINAS 640 PISO 10

Teléfono: 4381515

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PENICILINA SODICA 1.000.000U/I X 50	5,500.00	16,500
4	HIDROCORTISONA 100 MG.X50	40,000.00	160,000
2	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	6,000.00	12,000


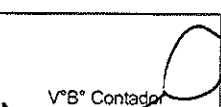
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	188,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	188,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	35,815
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	224,315

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.00	32,000
5	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML c jx20	6,000.00	30,000
5	CLOURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.00	24,750
5	CLOURO DE SODIO 0,9% 100 ML. c jx20	7,200.00	36,000


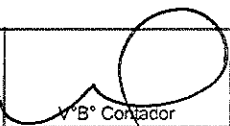
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	122,750
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	122,750
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	23,323
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	146,073

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

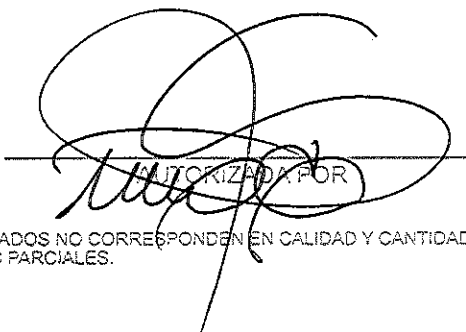
SON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL SETENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.


AUTORIZADA POR

068173

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

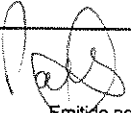
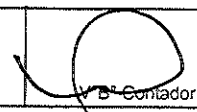
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.00	6,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

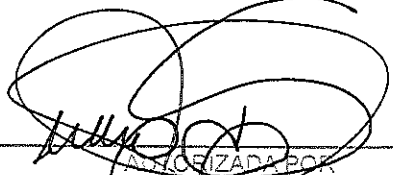
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SIETE MIL CIENTO CUARENTA PESOS

VALOR NETO 6,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 6,000
 IVA 1,140
 TOTAL FACTURA 7,140

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SUERO GLUCOSALINO 500ML CJX20	6,800.00	13,600
9	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.00	57,600
12	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.00	59,400
3	AGUA BIDEUTILADA 5 CC/CJ*100	6,500.00	19,500
8	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML c.jx20	6,000.00	48,000


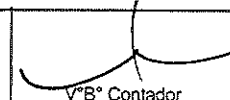
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.-

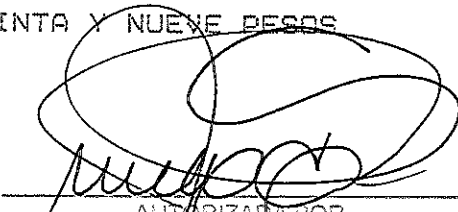
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	198,100
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	198,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	37,639
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	235,739

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETEZIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	----------------	------------------	---

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068171

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): LABORATORIO BIDSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG / 1 ML cjx100	6,700.00	26,800
1	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.00	6,000
4	CIANCOBALAMINA (B12) 100 MG cjx100	5,500.00	22,000
4	TIAMINA (B1) 30 MG cjx100	6,000.00	24,000

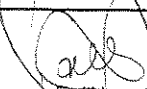
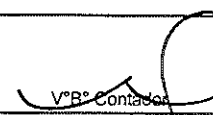
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	78,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,972
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,772

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SSN : NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 ENTREGADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068170

FECHA: 14-10-2013

Señor(es): CENCOSUD RETAIL S.A. 81201000K

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3357177

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
59	MP4	12,596.64	743,202



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

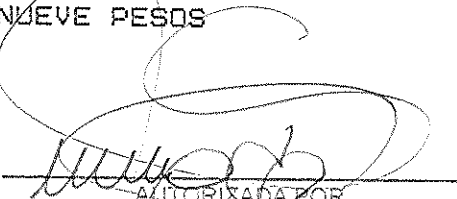
CUENTA : 424118 PREMIOS ALUMNOS
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 743,202
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 743,202
 IVA 141,208
 TOTAL FACTURA 884,410

MONTO : OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068169

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
480	GLUCOSA BEBIBLE 290 ML SABOR NARANJA	521.0	250,085

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	250,085
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	250,085
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	47,516
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	297,601

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZABA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


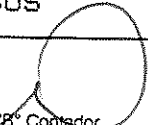
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	7,500,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

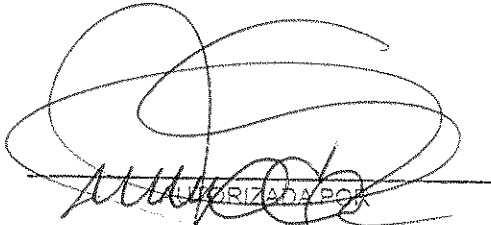
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS

VALOR NETO 7,500,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 7,500,000
 IVA 0
 TOTAL FACTURA 7,500,000

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068167

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 127806 de Fecha 11-10-2013 Despachar factura en lugar Entrega ** y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	16,500
1	MULTIUSO ALTO PODER ENV.20 LTS. WINZA-131	26,570.00	26,570

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	43,070
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,070
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	8,183
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,253

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068166

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 127806 de Fecha 11-10-2013 **** Despachar Factura en Lugar Entrega **** sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	14,850
4	PAD BLANCO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (WINZA)	4,050.00	16,200
27	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	5,670

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	36,720
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,720
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	6,977
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,697

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : CUARENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

068165

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **11-10-2013** Despachar factura en **127806** y/o servicios que se indican a continuación. **Entrega ****

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,600.00	56,000
20	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	4,200
6	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	9,900

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

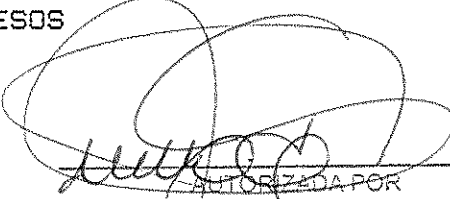
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	70,100
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	13,319
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,419

SON : OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

142



ORDEN DE COMPRA

068164

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 127806 de Fecha 11-10-2013 ** Despachar factura en Lugar Entrega ** Sirvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-150D	5,900.00	5,900
6	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,600.00	33,600

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	39,500
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,500
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	7,505
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,005

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : CUARENTA Y SIETE MIL CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDS y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

14-X



ORDEN DE COMPRA

068163

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 127806 de Fecha 11-10-2013 **** Despachar factura en lugar Entrega **** y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	MOPA HOGAR C/MANGO (WINZA)	1,500.00	3,000
2	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	3,600.00	7,200
1	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-1500	5,900.00	5,900
1	DESINCRUSTANTE X 5 LTS WINZA-110	5,300.00	5,300

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	21,400
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,400
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	4,066
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,466

SON : VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

147

068162

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha **10-10-2013** ***** Despachar factura en Lugar Entrega ***** **10-10-2013** **si vase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,427.00	6,427
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	3,942.00	3,942

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOCE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO	10,369
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	10,369
IVA	1,970
TOTAL FACTURA	12,339

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

LA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

147

068161

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha ¹ 10-10-2013 ~~11-10-2013~~ **** Despachar factura en lugar de Entrega ****

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,427.00	128,540

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	128,540
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	128,540
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	24,423
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	152,963

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD

068160

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha ~~10-10-2013~~ **10-10-2013** **Despachar factura en Lugar Entrega** ~~si se despacha~~ **

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	23,484

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	23,484
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,484
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	4,462
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,946

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

147

068159

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065
Teléfono: 2775449

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 10-10-2013 **** Despachar factura en lugar Entrega **** sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,427.00	102,832
6	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,640.00	69,840
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	3,942.00	7,884
2	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	15,656

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	196,212
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	196,212
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	37,280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	233,492

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068158

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°

de Fecha ~~10-10-2013~~ ¹¹⁻¹⁰⁻²⁰¹³ Despachar facturas en base a la entrega **

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	JABON LIQ. ECONOMICO BIDON (DISTRIB. MILAN)	4,068.00	20,340

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 20,340
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 20,340
 IVA 3,865
 TOTAL FACTURA 24,205

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

LA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

14-X



ORDEN DE COMPRA

068157

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909
Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha Despatchar facturas en el mes de Entrega **
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,427.00	96,405
4	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	31,312

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONCO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	127,717
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	127,717
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	24,266
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	151,983

MONTO : CIENTO CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068156

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha **10-10-2013** **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	15,656
1	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 PQS.)	12,811.00	12,811
8	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	4,902.00	39,216
12	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	8,387.00	100,644

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 MONEDA : DOSCIENTOS MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS

VALOR NETO 168,327
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 168,327
 IVA 31,982
 TOTAL FACTURA 200,309

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

10-7

068155

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha ~~10-10-2013~~ ¹¹⁻¹⁰⁻²⁰¹³ **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	4,902.00	39,216
3	JABON LIQ. ECONOMICO BIDON (DISTRIB.MILAN)	4,068.00	12,204

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	51,420
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,420
LUGAR ENTREGA : AVDA.CRISTOBAL COLON 9188	IVA	9,770
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	61,190

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SESENTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

14-7

068154

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha ~~10-10-2013~~ ^{** Despachar factura en Lugar Entrega **} 11-10-2013
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,427.00	12,854

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	12,854
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,854
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	2,442
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,296

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : QUINCE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068153

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha ~~10-10-2013~~ ¹¹⁻¹⁰⁻²⁰¹³ **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	4,902.00	14,706
2	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	15,656

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	30,362
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,362
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	5,769
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,131
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
PERSON : TREINTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068152

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 10-10-2013 **** Despachar factura en Lugar Entrega **** Sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,640.00	23,280

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	23,280
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,280
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,423
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,703

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : VEINTISIETE MIL SETECIENTOS TRES PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

14-X

068151

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At: Sr.: JOANA RAVERA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 09-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,193.0	9,544
1	GUANTES ESTERILES N° 7 X 50 SURGICARE	6,500.0	6,500
2	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (CHINO)	3,674.0	7,348
1	ALCOHOL 70% CAJA X 15 LT	9,995.0	9,995

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	33,387
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,387
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	6,344
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,731

CON : TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

147

068150

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	1,700.0	20,400
5	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,700.0	8,500
3	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700.0	5,100

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : CUARENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS

VALOR NETO 34,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 34,000
 IVA 6,460
 TOTAL FACTURA 40,460

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068149

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 11

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

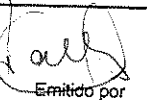

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.00	1,740

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : DOS MIL SETENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 1,740
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,740
 IVA 331
 TOTAL FACTURA 2,071

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 21 de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DETERGENTE ENZIMATICO JOHNSON DIVERSEY BIDON X 5 LTS.	18,590.00	18,590

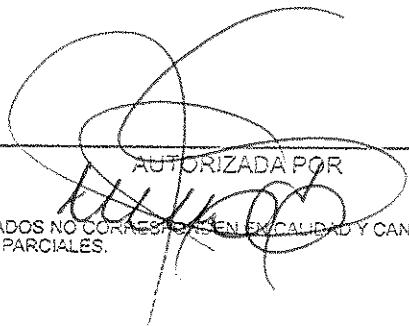
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	18,590
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,590
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,532
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,122
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTIDOS MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR


OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


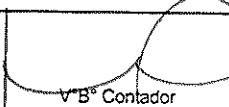
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 p ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	26,390
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	38,160
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	13,240
2	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	35,226

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	113,016
DESTINO	: MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	113,016
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	21,473
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	134,489

MON : CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	6,620
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pa ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	13,195
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	12,720
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	17,613


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	50,148
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,148
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,528
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,676
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	17,613
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	13,195
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	12,720
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	6,620

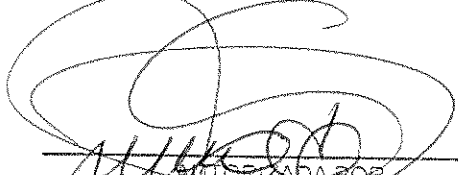
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	50,148
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,148
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,528
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,676
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS		

 Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068144

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	12,720
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	6,620
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	17,613
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pa ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	13,195

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	50,148
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,148
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,528
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,676
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDÉS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068143

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	12,720
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	6,620
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	17,613
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811).	13,195.00	13,195

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	50,148
DESTINO : MINICONULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,148
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,528
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,676
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	17,613
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	38,160
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	13,240

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	69,013
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	69,013
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,112
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,125
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : OCHENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068141

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): MEDICA - TEC DE CHILE S.A. 968517201

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


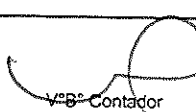
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CINTAS REACTIVAS ANALISIS DE ORINA CYBOW 10 10 Ø TIRAS	9,000.00	45,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

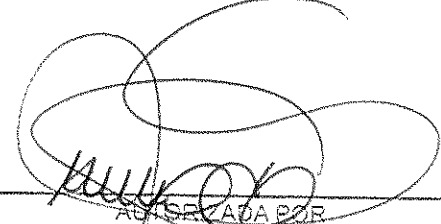
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	45,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,550
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,550

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 ASESORADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

147

068140

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ELECTRODOS E.C.G. Ag/agcl X50 UND. DORMO LF-50	2,050.00	20,500

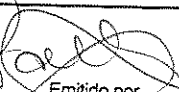

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

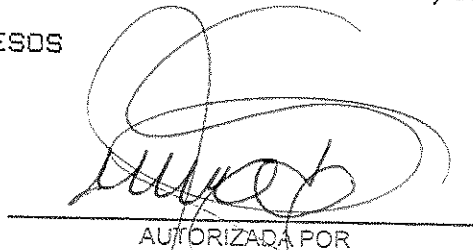
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZZIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 20,500
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 20,500
IVA 3,895
TOTAL FACTURA 24,395

SON : VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CATETER MARIPOSAS 21G x 3/4	3,500.00	14,000
10	TUBO ENDOTRAQUEAL - TRAQUEAL N° 6.0	350.00	3,500
10	TUBO ENDOTRAQUEAL - TRAQUEAL N° 2.5	290.00	2,900
2	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N° 18	8,500.00	17,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,400.00	28,000
50	CANULA MAYO N° 4 WELL-LEAD	190.00	9,500
6	JERINGA DESECHABLE 10 CC BD CAJA X 100	4,600.00	27,600
50	NARISERAS CANULA OXIG. N° 1104 HUDSON RCI	200.00	10,000
50	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	550.00	27,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	140,000
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	140,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	26,600
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	166,600
MON : CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS			

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068138

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): SDCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At: Sr.: JOANA RAVERA
De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	JERINGA DESECHABLE 3 CC BD CAJA X 150	2,800.00	28,000
10	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	2,800.00	28,000
30	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,193.00	35,790
10	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1 1/2 TERUMO X 100	1,800.00	18,000


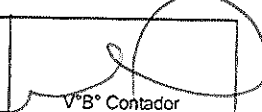
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

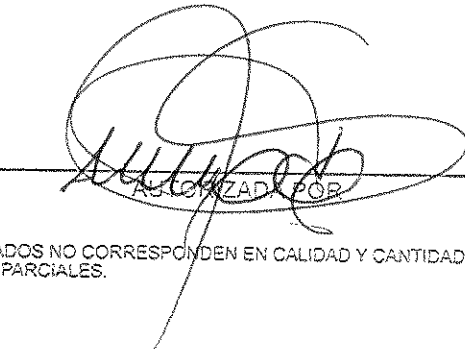
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 109,790
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 109,790
IVA 20,860
TOTAL FACTURA 130,650

MONTO : CIENTO TREINTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 24 B-D x 19mm	7,900.00	31,600
6	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 22 B-D x 25mm	7,900.00	47,400
12	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 20 B-D x 30mm	7,900.00	94,800
6	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 18 B-D x 30mm	7,900.00	47,400
1	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 16 B-D x 30mm	7,900.00	7,900
1	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 14 B-D x 5.1mm	7,900.00	7,900
80	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.00	136,000
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.00	51,000
50	FERULA ALUMINIO DIGITALES ADULTO BOLS x 50UN 2 X 30 CMS.	650.00	32,500

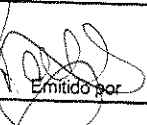
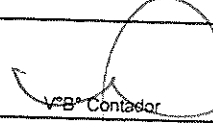
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

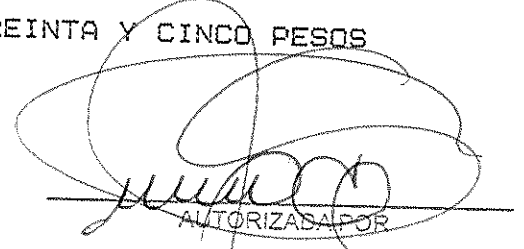
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 456,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 456,500
 IVA 86,735
 TOTAL FACTURA 543,235

MON : QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	----------------	------------------	---


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 853833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N°
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha sirvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	MASCARILLAS OXIG. AD. NEVULIZADOR N° 1885	991.00	198,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	198,200
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZZIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	198,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	37,658
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	235,858

MONTO : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

Emfido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTE ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900.00	36,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	36,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,840
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,840
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): HOSPITALIA PRODUCTOS MEDICOS LTDA. 782334204

Dirección: ERNESTO REYES 036

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	HUMIDIFICADOR DESECHABLE PRE LLENADOS 500ML M ATRAZ	1,882.00	45,168


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	45,168
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,168
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,582
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,750
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	105,678
2	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	26,390
20	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r. ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	127,200
20	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	132,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	391,668
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	391,668
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	74,417
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	466,085

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHENTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

14*

068132

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 11

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1 B.D. X 100	1,200.00	12,000
50	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.00	29,000
8	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-01A/A-21G/BL	21,000.00	168,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	209,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	209,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	39,710
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	248,710

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B* presupuesto	V*B* Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068131

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DMED S.A. 995639807

Dirección: LOS LEONES 2376

Teléfono: 2409010

At.: Sr.: CRISTIAN INFANTE

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	FIJADOR AUTOMATICO G 334i 2X20 VAR	20,392.00	40,784
10	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 24X30 CM. VAR	27,302.00	273,020
9	REVELADOR AUTOMATICO G 138 2X20 VAR	24,546.00	220,914
4	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 18X24 CM. VAR	16,381.00	65,524
30	PLACAS MAMORAY 18X24 CM. VAR	35,000.00	1,050,000
7	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 35X43 CM. VAR	48,044.00	336,308
1	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 30X40 CM. VAR	44,734.00	44,734

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	2,031,284
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,031,284
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	385,944
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,417,228

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

 Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Santander
--	----------------	------------------	----------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068130

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 21 de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

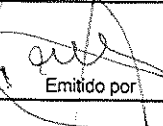
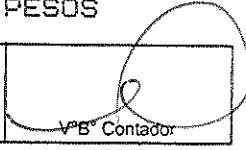
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	3,000.00	3,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

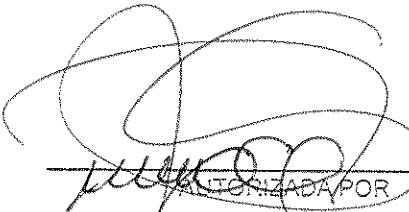
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	3,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	570
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,570

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068129

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	39,585
5	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	88,065

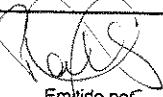
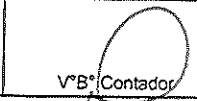
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

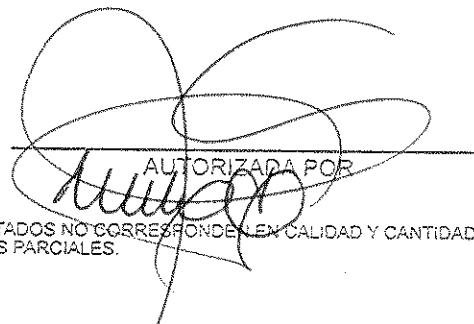
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	127,650
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	127,650
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	24,254
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	151,904

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS

 Emtido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDE EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068128

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pags. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	13,195
10	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	63,600
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	13,240

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 90,035
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 90,035
 IVA 17,107
 TOTAL FACTURA 107,142

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



068127

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100	243,000
15	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGHT TD-4251	9,000	135,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	378,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	378,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	71,820
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	449,820

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADO POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068126

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): INTERMED S.A. 969767805

Dirección: SIMON BOLIVAR 4931

Teléfono: 2662538

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	ALKAPHARM WIPES (toallitas p/desinfeccion) F CO. X250UN.	9,500	114,000

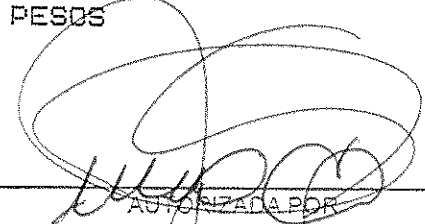
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	114,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	114,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	21,660
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	135,660
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B* presupuesto	 V*B* Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068125

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): MEDICA - TEC DE CHILE S.A. 968517201

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar


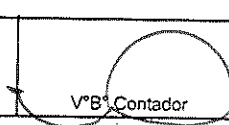
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CINTAS REACTIVAS ANALISIS DE ORINA CYBOW 10 10 Ø TIRAS	9,000	18,000

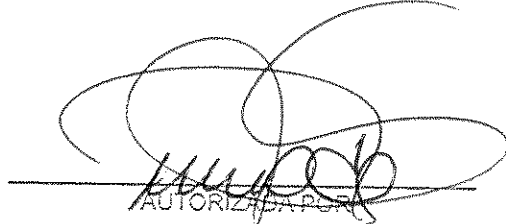
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	18,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	3,420
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,420
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS		

 Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	 V*B° Contador
---	----------------	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068124

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESIVO 10X10 CM. CJX10	25,000	50,000
5	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	2,500	12,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	62,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	62,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	11,875
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	74,375
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V°B* presupuesto	V°B* Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068123

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
480	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390.0	187,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	187,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	187,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	35,568
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	222,768

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

Emisor por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068122

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 21 de Fecha 11-10-2013 **** Despachar factura en Lugar Entrega **** sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AGUA OXIGENADA 10 VOL. CAJA X 12 LT	6,600.00	6,600
5	JERINGA DESECHABLE 10 CC BD CAJA X 100	4,600.00	23,000
112	ALCOHOL 70% 125 CC	324.00	36,288
30	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,400.00	42,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	107,888
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	107,888
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	20,499
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	128,387

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO: CIENTO VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

Emisor por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068121

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	2,800	14,000
10	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°15	1,802	18,020
1	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N° 6 1/2	6,500	6,500
3	TELA ADHESIVA TRANSP 2,5 3M CAJA X 12	12,159	36,477
50	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,193	59,650
1	BRANULA N° 20, INSYTE BD CAJA X 50	10,100	10,100
2	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (CHINO)	3,674	7,348
1	TELA ADHESIVA MICR. 2,5 3M CAJA X 12	9,322	9,322
1	AGUJAS DESECHABLES 25G X 5/8 TERUMO X 100	1,800	1,800
2	ALCOHOL 70% CAJA X 15 LT	9,995	19,990

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	183,207
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	183,207
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,809
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	218,016
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL DIECISEIS PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068120

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTIA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,200	36,000
40	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,700	68,000
5	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA L SUPER MAX	1,700	8,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

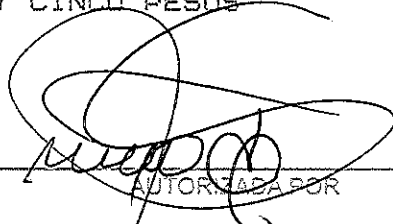
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	112,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	112,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	21,375
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	133,875

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	MASCARILLAS OXIG. AD. NEVULIZADOR N° 1885	991	49,550



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-


CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	49,550
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,550
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,415
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,965

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 6.5X9.5 CM. CJX10	58,413	116,826

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

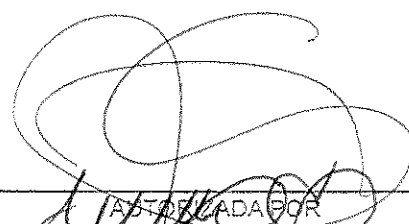
CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	116,826
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	116,826
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	22,197
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	139,023
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MON : CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL VEINTITRES PESOS			

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.


AUTORIZADA POR



ORDEN DE COMPRA

14-X

068117

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): EQUIPOS E INSUMOS MEDICOS Y DE LABORATORIO NEW PATH CHILE LT 778992604

Dirección: AVDA. SUECIA 0119 OF. 508

Teléfono: 6211059

At: Sr:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	KIT AUXILIAR DE PAPANICOLAU	12,500	62,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	62,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	62,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	11,875
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	74,375

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068116

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

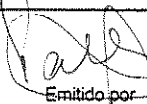

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	264,195

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	264,195
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	264,195
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	50,197
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	314,392

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TRESCIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

147

068115

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BALNCOS PAQ. X 1000	5,500.00	82,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONÓ: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	82,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	82,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,675
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,175

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): BOSTON MEDICAL DEVICE DE CHILE S.A 760202665

Dirección: PORTUGAL 116, LOCAL 4

Teléfono: 2225338

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-10-2013 sírvase despachar

o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

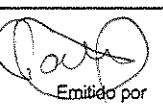

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CARBOFLEX 10X10 CM. PKX10	39,200.00	156,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

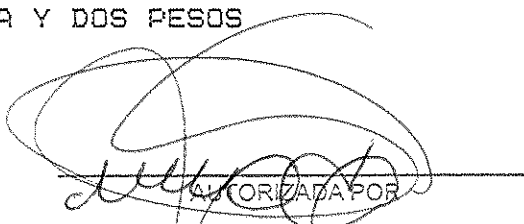
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	156,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	156,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	29,792
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	186,592

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO: CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 11-10-2013 **** Despachar factura en Lugar Entrega **** sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	13,578.00	27,156
15	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.00	8,700

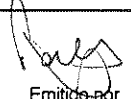

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	35,856
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,856
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,813
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,669

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR 

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

14

068112

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): LUIS ALBERTO ROKY LABORIE 064377329

Dirección: NAPOLEON 3565 OF. 1505

Teléfono:

At.: Sr.: EDUARDO ROKY
De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

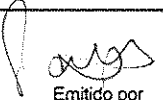
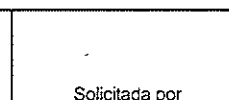
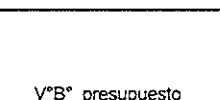
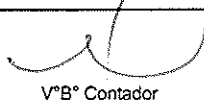
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	FARMAPORE 8 x 10 CM.	10,000.00	20,000
2	FARMAPORE 5 x 7 CM.	6,000.00	12,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TREINTA Y OCHO MIL OCHENTA PESOS

VALDR NETO 32,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 32,000
 IVA 6,000
 TOTAL FACTURA 38,000

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha servase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100.00	243,000
60	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGHT TD-4251	9,000.00	540,000



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

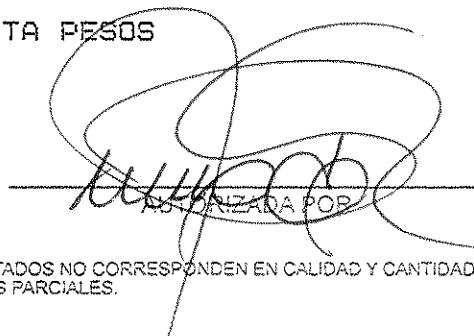
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	783,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	783,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	148,770
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	931,770

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068110

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 09-10-2013 sírvase despachar

/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	2,500.00	125,000
10	ASKINA SORB PARCHE 10X10CM.	1,800.00	18,000
50	APOSITO ALLEVYN ADHESIVO 12,5 CM.X12,5 CM	1,800.00	90,000
10	ASKINA TRANSORBENT 15X15 CJ SUNID	22,500.00	225,000
6	ASKINA CALGITROL AG.APOSITO DE ALGINATO Y PLAT A 5*5CM	40,000.00	240,000

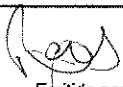
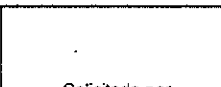

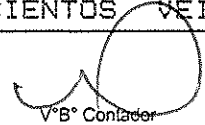
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

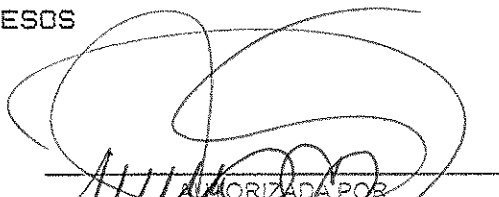
CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	698,000
DESTINO	: CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	698,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	132,620
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	830,620

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068109

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
240	ESPECULO DESECHABLE 26mm.	390.00	93,600
240	ESPECULO DESECHABLE 22mm.	390.00	93,600



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

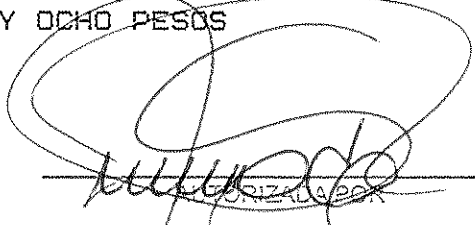
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	187,200
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	187,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	35,568
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	222,768

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD

068108

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

//o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

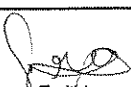
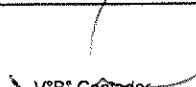
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	JERINGA DESECHABLE 10 CC BD CAJA X 100	4,600.00	27,600
100	FUNDAS DE LATEX PARA ECOGRAFIA VAGINAL ECOFUND A	60.00	6,000
2	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°18	8,500.00	17,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,400.00	28,000
50	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	550.00	27,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

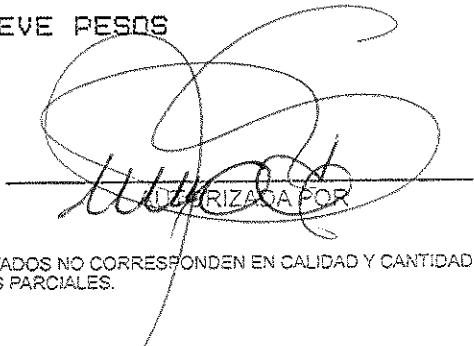
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	106,100
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	106,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,159
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	126,259

SON : CIENTO VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr. JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	2,800.00	28,000
10	JERINGA DESECHABLE 3 CC BD CAJA X 150	2,800.00	28,000
4	CATETER MARIPOSAS 21G X 3/4 CLASSIC	1,980.00	7,920
10	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1 1/2 TERUMO X 100	1,800.00	18,000
30	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,193.00	35,790



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

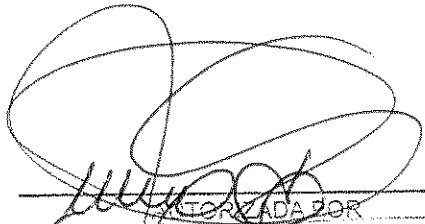
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 117,710
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 117,710
IVA 22,365
TOTAL FACTURA 140,075

SON : CIENTO CUARENTA MIL SETENTA Y CINCO PESOS
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

		
Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha si viese despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
80	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.00	136,000
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.00	51,000


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	187,000
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	187,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	35,530
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	222,530

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS TREINTA PESOS

			
Emitida por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482.

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900.00	36,000


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-


CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 36,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 36,000
IVA 6,840
TOTAL FACTURA 42,840

MONTO : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V*B* presupuesto	V*B* Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068104

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At: Sr.

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha servase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

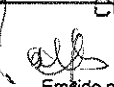

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 6.5X9.5 CM. CJX10	58,413.00	584,130
10	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 9.5X9.5 CM. CJX10	62,489.00	624,890

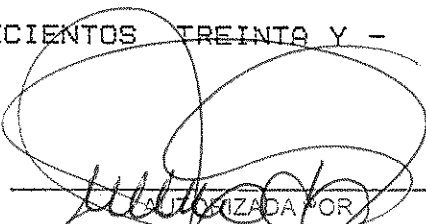
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,209,020
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,209,020
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	229,714
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,438,734

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y -
CUATRO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068103

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	105,678
6	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	79,170
20	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r. ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	127,200
20	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	132,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	444,448
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	444,448
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	84,445
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	528,893

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

14-X

068102

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BALNCOS PAQ. X 1000	5,500.00	27,500
10	SAQUITOS DE PAPEL 1/4 blancos PAQ. X 1000	4,350.00	43,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	71,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,490
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	84,490

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ACE SISTEMAS MEDICOS LTDA. 761413996

Dirección: VISTA HERMOSA 310 A.

Teléfono:

At.: Sr.: ALFONSO COFRE
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ROLLO DE ECOGRAFIA UPP 110 HG	8,500.00	85,000

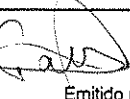
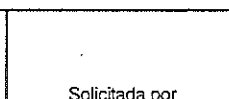
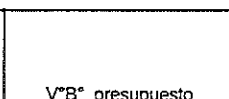
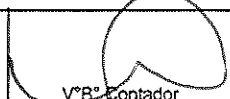
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

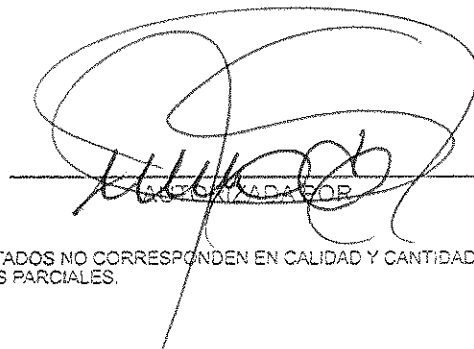
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	85,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	85,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	16,150
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,150

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO UN MIL CIENTO CINCUENTA PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SOCIEDAD IMPORTADORA NELL LTDA. 760946419

Dirección: GENERAL DEL CANTO 112 OF/103

Teléfono:

At.: Sr. ALVARO CARBONELL
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ROLLO DE PAPEL ECG 63MM. X30MTS.	720.00	7,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039



No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

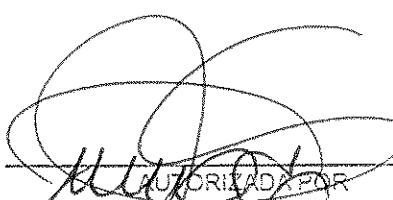
VALOR NETO 7,200
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 7,200
IVA 1,368
TOTAL FACTURA 8,568

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

14-X

068099

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): BOSTON MEDICAL DEVICE DE CHILE S.A 760202665

Dirección: PORTUGAL 116, LOCAL 4

Teléfono: 2225338

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	AQUACEL 5X5 PKX10	39,200.00	784,000
10	AQUACEL AG 5 x 5 CJ 10 UNID.	44,800.00	448,000
10	DUODERM EXTRA THIN 10X10	2,184.00	21,840
10	AQUACEL AG 15X15 CJ.X5 UD.	14,000.00	140,000
10	AQUACEL FOAM APOSITO DE ESPUMA HYDROFIBER CON ADHESIVO	29,750.00	297,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,691,340
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,691,340
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	321,355
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,012,695

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES DOCE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

Emite por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 11-10-2013 sírvase despachar

/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



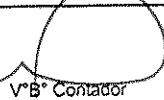
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AGUJAS DESECHABLES 25G X 1 B.D. X 100	1,200.00	12,000
6	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1 1/2	1,200.00	7,200
50	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.00	29,000
6	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1	1,200.00	7,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

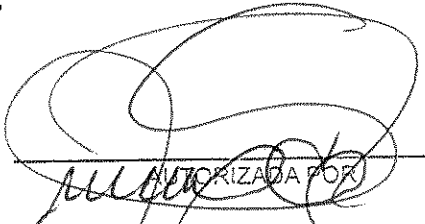
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	55,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,526
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,926

SON : SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068097

FECHA: 11-10-2013

Señor(es): VALTEK S.A. 795688501

Dirección: AVDA. MARATON 1943

Teléfono: 6541199

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AGAR CITRATO SIMMONS 12 X 120 X 30 UD	9,328.00	9,328
1	MEDIO UREA CHRISTENSEN 12 X 120 X 30 U	9,328.00	9,328
1	MEDIO LIA 12 X 120 X 30 U	9,328.00	9,328
1	MEDIO MIO 12 X 120 30 U	9,328.00	9,328
1	AGAR TSI 12 X 120 X 30 U	9,328.00	9,328
2	COMBI - PL AGAR CAF 9 CMS	11,660.00	23,320

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	69,960
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	69,960
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,292
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,252

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

ENVIADO
10-10-2013
10-10-2013

FECHA:

10-10-2013

Señor(es): ARRIENDOS POWERSYSTEM LTDA 760578851

Dirección: ERNESTO MUZARD 2048

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	ARRIENDO NOTEBOOK DEL 14-10-2013 AL 18-10-2013	30,000.00	450,000




LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

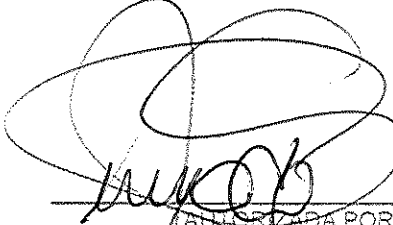
CUENTA : 424256 ATENCION ENFOQUE FAMILIAR	VALOR NETO	450,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	18,000
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	432,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	82,080
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	514,080

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CATORCE MIL OCHENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068092

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VASO DAPPEN ROSADO	290.0	290

MARLIT

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 290
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 290
 IVA 55
 TOTAL FACTURA 345

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar


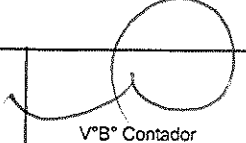
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DYCAL (MARCA DENTSPLY) CAJA MORADA	5,546	5,546

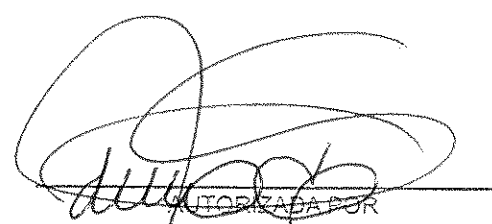
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	5,546
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,546
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	1,054
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,600
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
SON : SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS			

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ULTRACALL 4 JERINGAS DE 1.2 ML. + PUNTAS DE AP LICACION	16,605	16,605
2	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	756	1,512


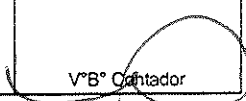
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

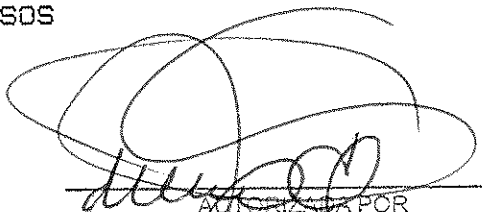
CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	18,117
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,117
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	3,442
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,559

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTIUN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

 Emitted by	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068089

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 17095

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CONOS DE PAPEL META BIOMED PACK ESTERIL 15 - 4	1,730	17,300
1	ALCOHOL DE QUEMAR X LTS.	1,200	1,200
1	LYNAL ACONDICIONADOR DE TEJIDO	30,590	30,590
10	CONOS DE PAPEL META BIOMED PACK ESTERIL 45 - 8	1,731	17,310

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424235 PROGRAMA GES ODDONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	66,400
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,400
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	12,616
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	79,016

SON : SETENTA Y NUEVE MIL DIECISEIS PESOS
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068088

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Teléfono: 7999770

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 17095

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	LOSETA DE VIDRIO CHICA	350	1,400
2	PROTAPER 25 MM. S1X6	21,308	42,616

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
DESTINO : CASA MARLIT
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 44,016
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 44,016
IVA 8,363
TOTAL FACTURA 52,379

SON : CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068087

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-10-2013 sívase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	FORCEPS INGLES GRUESO IZQUIERDO	3,690	7,380
1	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A1	5,400	5,400
1	COMPOSITE TETRIC FLOW B3	5,400	5,400
2	FORCEP BAYONETA FINO	3,690	7,380

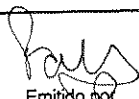
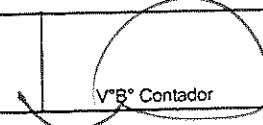
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

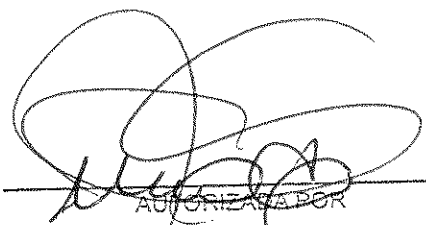
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 25,560
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 25,560
IVA 4,856
TOTAL FACTURA 30,416

SON : TREINTA MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS PESOS
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUIA

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ELEVADOR WINTER (PATA DE CABRA) IZQUIERDO	2,353.00	2,353
1	ELEVADOR WINTER (PATA DE CABRA) DERECHO	2,353.00	2,353
6	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA DIAMANTE 801 - 02	655.00	3,930
3			

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

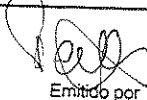

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

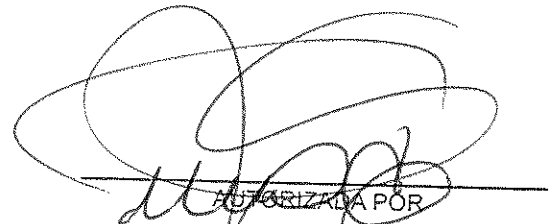
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 8,636
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 8,636
 IVA 1,641
 TOTAL FACTURA 10,277

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIEZ MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068085

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 17095

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

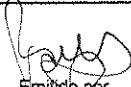
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 016	616.00	3,696
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	614.00	3,684
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-022	614.00	3,684
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 018	617.00	3,702

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	14,766
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,766
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,806
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,572

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DIECISIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068084

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 17095 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DISCO SOF LEX GRUESO NEGRO	10,130.00	10,130

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DOCE MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 10,130
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 10,130
 IVA 1,925
 TOTAL FACTURA 12,055

Emitido por [Signature] Solicitada por [Signature] V°B° presupuesto [Signature] V°B° Contador [Signature]

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR [Signature]

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDAN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PORTA MATRIZ PREMOLAR TOFFLEMIRE	1,800.00	9,000
2	PIMPOLLO SILICONADO CAFE	1,870.00	3,740
1	ACEITE PARA TURBINA SPRAY NSK	11,650.00	11,650
18	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	2,940.00	52,920
2	FORCEP BAYONETA FINO	3,690.00	7,380


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

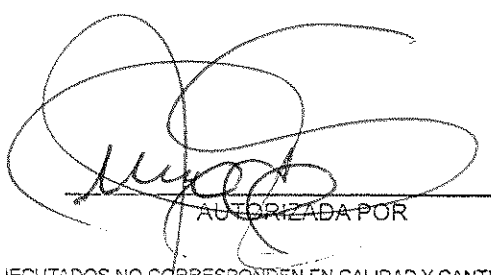
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	84,690
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	84,690
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,091
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	100,781

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

 Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068082

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
21	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	714.00	14,994
28	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	714.00	19,992
5	PIMPOLLO DE GOMA VERDE (PULIDO)	1,176.00	5,880
7	LIMAS H 15-40 25 MM MAILLEFER	3,697.00	25,879
28	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	714.00	19,992
2	PIMPOLLO SILICONADO P/M VERDE	1,176.00	2,352

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	89,089
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	89,089
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,927
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	106,016

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SEIS MIL DIECISEIS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 17095

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
28	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- Ø16	616.00	17,248
5	AGUA OXIGENADA FCO 1 LTS	720.00	3,600
5	MEZCLADOR DE RESINA 3M	1,250.00	6,250
10	LOSETA DE VIDRIO CHICA	350.00	3,500
12	FRESA ALTA VELOCIDAD CILINDRICA DIAMANTE 808 - Ø14	609.00	7,308
12	FRESA ALTA VELOCIDAD CILINDRICA DIAMANTE 835 - Ø16	623.00	7,476
28	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø14	615.00	17,220
12	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø22	614.00	7,368
28	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- Ø18	617.00	17,276
10	EXTRACTOR PULPAR AZUL	1,934.00	19,340

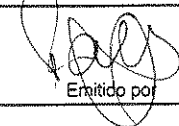
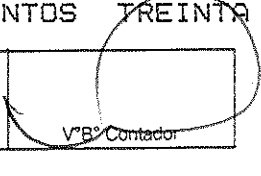
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-


CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	106,586
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	106,586
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	20,251
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	126,837

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

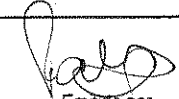

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	SELLANTE FOTOCURADO HELIOSEAL FCO. 8 ML.	4,850.00	29,100
3	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A1	5,400.00	16,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SIETE PESOS

VALOR NETO 45,300
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 45,300
 IVA 8,607
 TOTAL FACTURA 53,907

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ACEITE PARA TURBINA SPRAY NSK	11,650.00	23,300



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 23,300
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 23,300
 IVA 4,427
 TOTAL FACTURA 27,727

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO: VEINTISIETE MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA
 De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	FLUOR PROTECTOR DURASHIELD AL 5% SACHET	756.00	151,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 151,200
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 151,200
 IVA 28,728
 TOTAL FACTURA 179,928

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS

Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador
----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Signature]
 AUTORIZADA POR

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUIITA
 De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LIMAS H 15-40 25 MM MAILLEFER	3,697.00	36,970



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

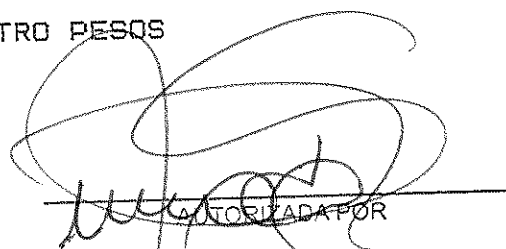
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 36,970
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 36,970
 IVA 7,024
 TOTAL FACTURA 43,994

SON : CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 17095

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-018	617.00	18,510
4	PELICULA RX BITE WING CJ*100	36,680.00	146,720
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-010	613.00	18,390
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	615.00	18,450

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039



No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

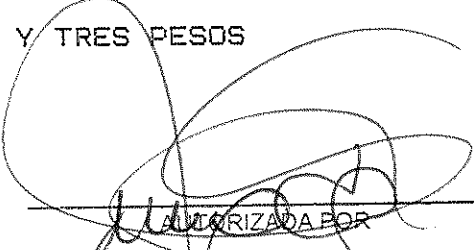
VALOR NETO 202,070
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 202,070
 IVA 38,393
 TOTAL FACTURA 240,463

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


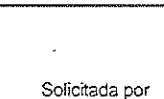
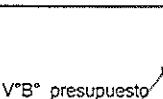

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 023	870.00	2,610
3	CONOS GUTAPERCHA 30 AL 4%	6,470.00	19,410
2	CONOS GUTAPERCHA 25 AL 4%	6,470.00	12,940
2	CONOS GUTAPERCHA 20 AL 4% DENSPLY	6,470.00	12,940
8	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,500.00	68,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

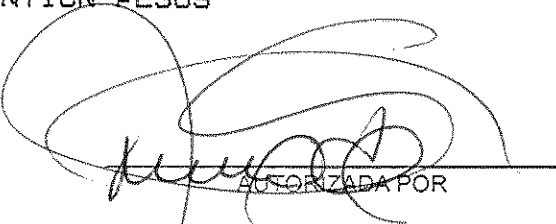
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	115,900
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	115,900
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	22,021
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	137,921

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.00	5,880
5	LIMAS FLEXOFIL 15 - 40, MARCA MAILLEFER	4,118.00	20,590
1	GOMA DIQUE 5X5 VERDE	3,613.00	3,613
2	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	2,488
9	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	546.00	4,914
1	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.00	3,025



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A=	VALOR NETO	40,510
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,510
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	7,697
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,207

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUIITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	SILICONA SPEEDEX SUIZO MEDIUM 140 ML	6,807.00	27,228
5	SILICONA SPEEDEX COLTENE SUIZO ACTIVADOR 60 ML	6,639.00	33,195
1	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	6,555.00	6,555
2	ESPATULAS TITANIUMS	7,983.00	15,966
7	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCO	16,639.00	116,473
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP.BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,462.00	5,462
3	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	11,597.00	34,791
1,000	VASO DESECHABLES	13.00	13,000

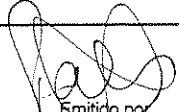

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	252,670
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	252,670
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	48,007
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	300,677

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

			
Emitted por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 17095 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	LIMAS K 15-40 31 MM MAILLEFER	3,855.00	11,565
1	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.00	1,750
3	HIPOCLORITO 5%	991.00	2,973
1	GOMA DIQUE 6 x 6 VERDE	6,390.00	6,390
1	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	10,532
1	CERA ROSADA ECOCERA X 30 LAMINA	2,150.00	2,150
3	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML	5,350.00	16,050
1	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	12,730

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	64,140
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	64,140
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	12,187
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	76,327

SON : SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 17095

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SEDA DENTAL	900.00	900
2	PAPEL ARTICULAR HERRADURA BICOLOR 12 L	3,300.00	6,600
10	MANGOS DE ESPEJOS (PANORAMA 55)	520.00	5,200
2	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	7,000
2	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	7,000
3	CEMENTO ENDODONTICO TOP SEAL DENSPLY	30,500.00	91,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424211 ODDNTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	118,200
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	118,200
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	22,458
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	140,658
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CUARENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B° presupuesto	 V*B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	2,394
2	JERINGA CARPULE	3,613.00	7,226
1	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	546.00	546
1	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	6,387.00	6,387

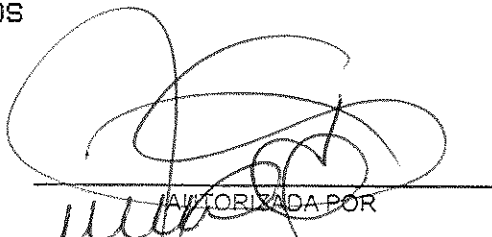
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	16,553
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,553
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,145
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,698
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS		

			
Emiso por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

TRVACIONES:

EN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 17095

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

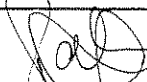
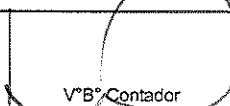
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.00	902
1	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	12,730
2	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.00	900

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

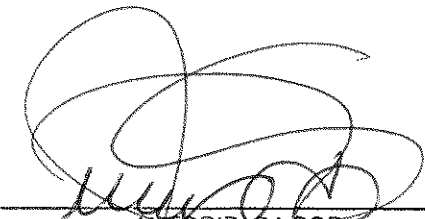
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	14,532
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,532
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,761
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,293

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DIECISIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	7,500.00	150,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

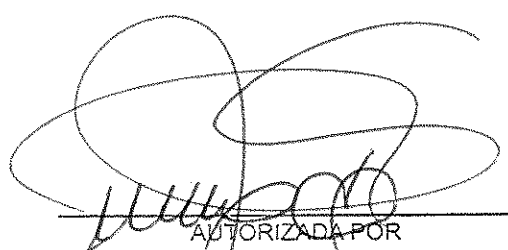
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	150,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	150,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	178,500

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

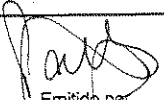

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	11,597.00	11,597
300	VASO DESECHABLES	13.00	3,900
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,462.00	5,462

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	20,959
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,959
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,982
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,941

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 17095

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.00	9,380
1	GELITA YODOFORMADA	9,800.00	9,800
1	FORMOCRESOL	4,780.00	4,780
4	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.00	6,400

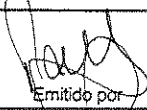

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

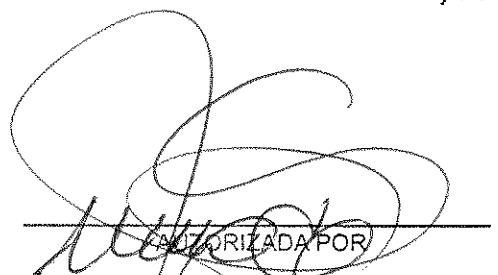
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	30,360
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,360
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,768
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,128

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	FRESA ARKANZAS REDONDA A/V	1,300.00	39,000
30	FRESA ARKANZAS PINO A/V	1,300.00	39,000
20	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	8,500.00	170,000
30	FRESA ARKANZAS LLAMA A/V	1,300.00	39,000
3	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3	5,400.00	16,200
5	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,500.00	42,500
5	VASO DAPPEN VERDE	290.00	1,450

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	347,150
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	347,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	65,959
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	413,109

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUATROCIENTOS TRECE MIL CIENTO NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) NII 4	546.00	13,104
12	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) NII 5	546.00	6,552
5	PIMPOLLO DE DIAMANTE ROSADO (DESGASTA ACRILICO)	1,176.00	5,880
30	ESCOBILLA PULIR MINI TIPO PENACHO	319.00	9,570
20	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	15,960
2	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP.BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,462.00	10,924
8	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	6,387.00	51,096
5	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	11,597.00	57,985
5	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	6,220
20	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.00	16,800
5	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.00	15,125
2,000	VASO DESECHABLES	13.00	26,000


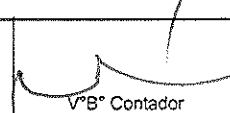
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	235,216
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	235,216
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	44,691
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	279,907

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SIETE PESOS

	
Emitido por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068063

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 17095

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.00	3,900
5	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.00	52,665
10	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	105,320
30	PINCELES	1,930.00	57,900
6	CUCHARETA DE CARIES DOBLE MAILLEFER N° 47/48	7,130.00	42,780
10	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.00	105,310
20	TORULAS GRANBERRY X 500 UNDS.	2,130.00	42,600
2	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350.00	40,700
5	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.00	2,255
5	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,051.00	5,255
3	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.00	14,070
20	BLOCK MEZCLA DYCAL	2,990.00	59,800
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.00	4,500
15	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	190,950

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 728,005
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 728,005
IVA 138,321
TOTAL FACTURA 866,326

SON : OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CRESOPHENE		
20	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	19,680.00	19,680
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	8,500.00	170,000
		7,500.00	150,000



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

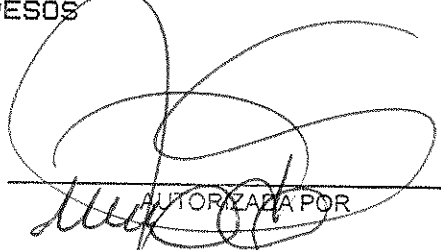
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	339,680
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	339,680
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	64,539
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	404,219

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	7,980
10	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.00	8,400
6	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCCO	16,639.00	99,834
1	FERMIN	4,034.00	4,034
300	VASO DESECHABLES	13.00	3,900
10	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	12,440



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

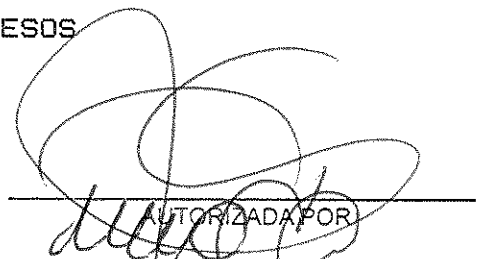
CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	136,588
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	136,588
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	25,952
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	162,540

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS

			
Emitted por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	23,940
30	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	37,320
2,000	VASO DESECHABLES	13.00	26,000
20	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.00	16,800
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,462.00	5,462
15	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.00	45,375

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	154,897
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	154,897
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	29,430
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,327

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS

--	--	--	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

068059

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Teléfono: 7999770

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 17095

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.00	12,000
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	63,650

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : NOVENTA MIL VEINTICUATRO PESOS

VALOR NETO 75,650
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 75,650
 IVA 14,374
 TOTAL FACTURA 90,024

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068058

FECHA: 10-10-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 17095 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOLUX COLOR A1	29,730.00	59,460
80	TORULA ALGODON TRENZADA NEW STETIC 3.8 cms. x 0.95 cms.	1,930.00	154,400
4	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350.00	81,400
12	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380.00	40,560

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	335,820
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	335,820
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	63,806
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	399,626

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): FERRETERIA GARACHENA S.A. 967029505

Dirección: PROVIDENCIA 2687

Teléfono: 2322645

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

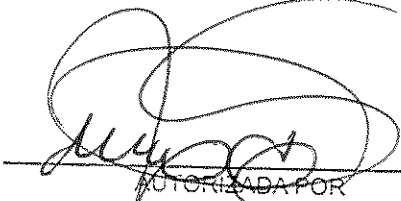
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	TAPA WC TAMANO UNIVERSAL COLOR BLANCO	5,900.0	118,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR NETO 118,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 118,000
 IVA 22,420
 TOTAL FACTURA 140,420
 MON : CIENTO CUARENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	MEMO # 527 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	CILINDRO DE GAS CATALITICO 5 KG	7,428.5	66,857
2	CILINDRO DE GAS CATALITICO 11 KG	12,168.0	24,336

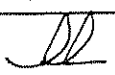

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -


CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 91,193
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 91,193
 IVA 17,327
 TOTAL FACTURA 108,520

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CIENTO OCHO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS

	MEMO # 985	
Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-7

068055

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): NOVARTIS CHILE S.A. 83002400K

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	LEPONEX 100 MG 30 COMPRIMIDOS	30,481.0	121,924

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	121,924
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	121,924
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,166
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	145,090

MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL NOVENTA PESOS

	<i>según Receta</i>		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068054

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): UNIVERSIDAD DE CHILE 609100001

Dirección: AV. INDEPENDENCIA 1027

Teléfono: 7322436

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DIPLOMADO PROMOCION DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA (SEGUN ORDINARIO C51/1171/13 QUE RECTIFICA Y COMPLEMENTA ORDINARIO C51/1034/2013) MARIA MCKAY ANWANNTER RUT 10.217.565-1	909,000.0	909,000
1	CURSO PROMOCION DE SALUD TENS (SEGUN ORDINARIO C51/1171/13 QUE RECTIFICA Y COMPLEMENTA ORDINARIO C51/1034/2013) ANGELICA BANDA CHAVEZ RUT 9.606.092-0	450,000.0	450,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


No se acepta la factorización del pago de este documento. =

CUENTA : 424266 CAPACITACION MINSAL	VALOR NETO	1,359,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,359,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,359,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS

 Emitido por	SEGUN CONVENIO Solicitada por	V*B* presupuesto	V*B* Contador
---	----------------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068053

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETA	400,000.00	400,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

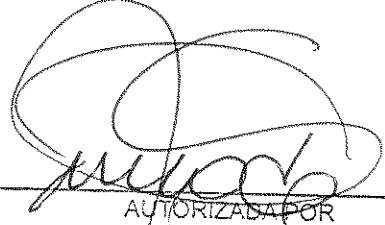
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424196 CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD
 DESTINO : DIRECCION DE SALUD
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : CUATROCIENTOS MIL PESOS

VALOR NETO	400,000
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	400,000
IVA	0
TOTAL FACTURA	400,000

	MEMO #231	
Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

7x



ORDEN DE COMPRA

068052

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE 816989000

Dirección: AV. L. BERNARDO O'HIGGINS 340

Teléfono: 0

At: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CURSO ADOLESCENCIA Y ADOLESCENTES (SEGUN ORDINARIO C51/1171/13 QUE RATIFICA Y COMPLEMENTA EL ORDINARIO C51/1034/2013) ELENA GUAJARDO MOYAN O RUT 13.217.192-9	750,000.0	750,000
1	CURSO CUIDADO DEL ADULTO MAYOR (SEGUN ORDINARIO C51/1171/13 QUE RATIFICA Y COMPLEMENTA EL ORDINARIO C51/1034/2013) MARIA OTAEGUI CHUCHAGA RUT 15.370779-0	750,000.0	750,000
1	CURSO CUIDADO PARA LA SEGUNDA INFANCIA (SEGUN ORDINARIO C51/1171/13 QUE RATIFICA Y COMPLEMENTA EL ORDINARIO C51/1034/2013) CAROLINA LUCHSINGER URRUTIA RUT 15.936.937-4	750,000.0	750,000
1	DIPLOMADO MEDICINA FAMILIAR (SEGUN ORDINARIO C51/1171/13 QUE RECTIFICA Y COMPLEMENTA ORDINARIO C51/1034/2013) BELKY GUERRERO NAVARRO RUT 22.582.401-0	1,650,000.0	1,650,000
1	DIPLOMADO SALUD FAMILIAR (SEGUN ORDINARIO C51/1171/13 QUE RECTIFICA Y COMPLEMENTA ORDINARIO C51/1034/2013) NANCY CONTRERAS ESPINOZA RUT 14.192.340.-4	1,750,000.0	1,750,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207. LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424266 CAPACITACION MINSAL	VALOR NETO	5,650,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	5,650,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,650,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : CINCO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

	Segun Convenio		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

RESERVACIONES:

ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
SOLICITADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): UNIVERSIDAD DE CHILE 609100001

Dirección: AV. INDEPENDENCIA 1027

Teléfono: 7322436

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CURSO ERA (SEGUN ORDINARIO NUMERO C51/1171/13 QUE RECTIFICA Y COMPLEMENTA EL ORDINARIO NUMERO C51/1034/2013)- 07/10/13 - ANA GARAVAGNO CALDERON RUT 16.359.228-2	450,000.0	450,000


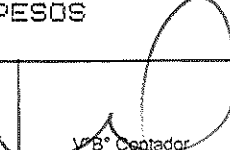
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

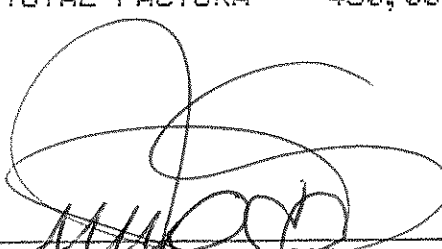
CUENTA : 424266 CAPACITACION MINSAL	VALOR NETO	450,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	450,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	450,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

 Autorizado por	<i>Segun Convenio</i> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

NOTAS:

LA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD A LOS ESTADOS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PLATSUL-A-POTE 400 GR.	32,340.00	129,360

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

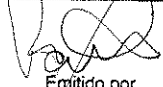

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

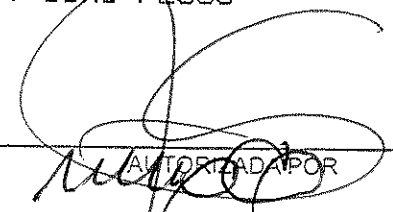
VALOR NETO 129,360
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 129,360
 IVA 24,578
 TOTAL FACTURA 153,938

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	CAPTOPRIL 25 MG	750.00	4,500

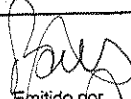

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 4,500
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 4,500
IVA 855
TOTAL FACTURA 5,355

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068048

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): SANOFI-AVENTIS DE CHILE S.A. 922510008

Dirección: ANDRES BELLO 2711, P. 12

Teléfono: 3667083

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

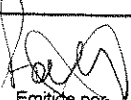
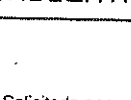
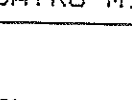

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	PIPORTIL 25 MG	18,570.00	129,990

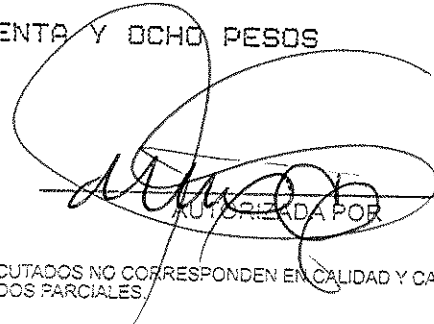
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	129,990
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	129,990
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	24,698
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	154,688
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B* presupuesto	 V*B* Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS SILEZIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CLONAZEPAN 0,5 MG x 1000	6,500.00	65,000
1	CLORDIAZEPOXIDO 10 MG/CJX1000 por 1000	8,000.00	8,000
77	METILFENIDATO 10MG 30 COMP	5,500.00	423,500
60	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	900.00	54,000
21	LAMOTRIGINA 50MG.X500 COMP. (TRADOX)	12,000.00	252,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

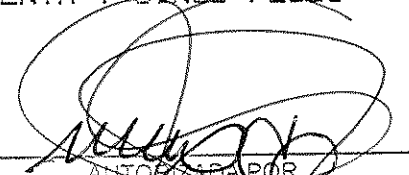
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	802,500
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	802,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	152,475
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	954,975

MONEDA: NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

	
Emitido por	Solicitada por
V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): LABORATORIOS RECALCINE S.A. 916370008

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
265	ACIDO VALPROICO 500 MG X 200 CM	18,000.00	4,770,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

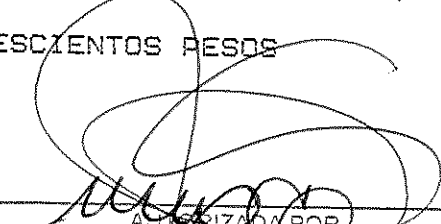
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	4,770,000
ESTINGO	: CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,770,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	906,300
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,676,300

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO: CINCO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	COMPLEJO B TONOPRON x 20	1,800.00	19,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	19,800
DIRECCION : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,762
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,562

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : VEINTITRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

77

068044

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	TRITICO 100 MG	8,000.00	160,000
10	CLONAZEPAN 2,0 MG x 500	12,000.00	120,000
6	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.00	18,600
3	TONARIL (TRIHEXIFENDILO CLORHIDRATO) 2 MG. X1 00 COMP.	7,000.00	21,000
130	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	57,200
164	QUETIAPINA 100 MG x 30	5,850.00	959,400
91	OLANZAPINA 10 MG X 30	4,200.00	382,200
31	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	145.00	4,495

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,722,895
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,722,895
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	327,350
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,050,245

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

CON : DOS MILLONES CINCUENTA MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

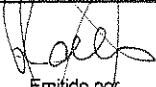
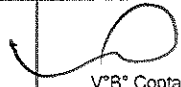
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VENLAFAXINA 75 MG 1.000 COMP.	52,500.00	210,000
2	CLOPRIDAZOL 25 MG por 1000	4,750.00	9,500
152	PAROXETINA 20 MG.	1,450.00	220,400
1	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	8,500.00	8,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	448,400
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	448,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	85,196
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	533,596

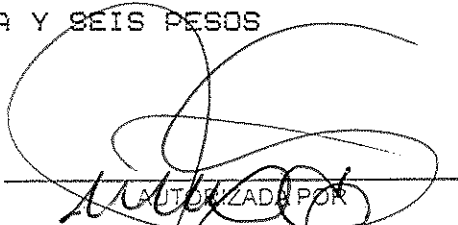
SON CINCO CIENTOS TREINTA Y TRES MIL CINCO CIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.


AUTORIZADA POR



ORDEN DE COMPRA

068042

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At: Sr: CLAUDIA KEIL
De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CLOPRIMAZINA 100 MG x 1000	13,000.00	13,000
1	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	5,000.00	5,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CENTRO COSAM
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 18,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 18,000
IVA 3,420
TOTAL FACTURA 21,420

SON VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

PAUL HARRIS

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068041

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

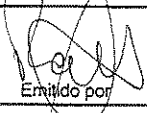
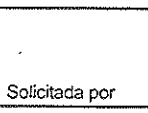
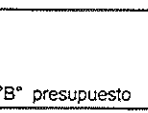
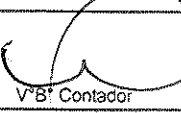
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	SPIRIVA X 30 CAP	24,420.00	73,260
416	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	1,102,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

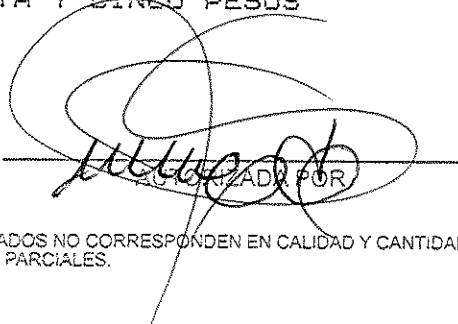
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICDS	VALOR NETO	1,175,660
ESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,175,660
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	223,375
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,399,035

MONEDA: UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


 ENTREGADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CAPTOPRIL 25 MG	750.00	750

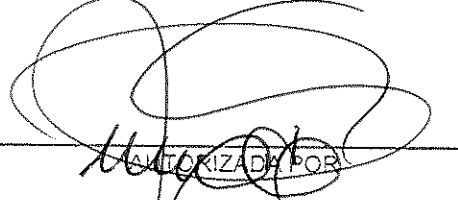
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	750
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	750
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	143
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	893
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	---	-------------------

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO MAVER S.A. 921210000

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar


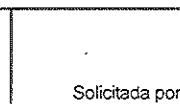
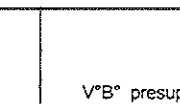

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
19	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	210.00	3,990
125	PARACETAMOL 500 MG por 1000	3,500.00	437,500
63	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	3,400.00	214,200
91	ENALAPRILA 10 MG por 1000	2,000.00	182,000
54	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.00	109,512
54	AC. FOLICO 5 MG por 30	870.00	46,980
98	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	3,800.00	372,400

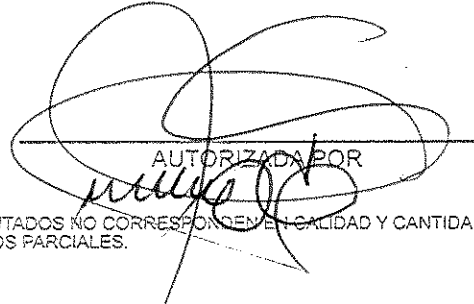
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,366,582
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,366,582
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	259,651
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,626,233
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON: UN MILLON SEISCIENTOS VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
124	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,000.00	992,000
1,800	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	900.00	1,620,000
2	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	9,800.00	19,600

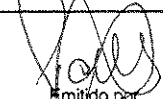

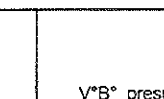

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

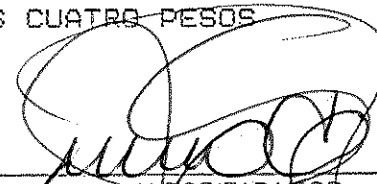
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,631,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,631,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	500,004
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,131,604

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068037

FECHA: 04-10-2013

2x

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600 Teléfono:

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,660.00	23,940
19	OFTABIOTICO COLIRIO	2,600.00	49,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	73,340
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	73,340
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,935
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	87,275

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

CANTIDAD: OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
AL COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS RECALCINE S.A. 916370008

Dirección: AV. VESUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
197	ESTRADIOL 2 MG X 30 COMP	5,100.00	1,004,700

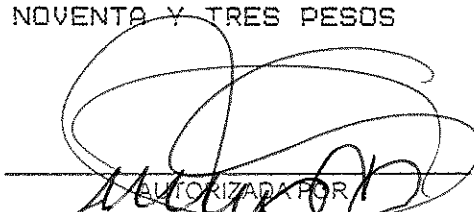
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,004,700
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,004,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	190,893
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,195,593
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : UN MILLON CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Confador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
AL COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068035

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
43	MACROSAN 100 MG POR 50	4,250.00	182,750
230	JABON GERM TRICLOSAM 1%	485.00	111,550
187	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.00	280,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	574,800
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	574,800
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	109,212
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	684,012

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON: SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOCE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068034

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.00	24,600
2	METRONIDAZOL 500 MG por 1000 compr	44,350.00	88,700
1	METRONIDAZOL 250 MG por 1000	10,500.00	10,500
1	FERRIGOT por 25	12,860.00	12,860
3	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	4,950.00	14,850
1	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	875.00	875
3	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	16,900.00	50,700

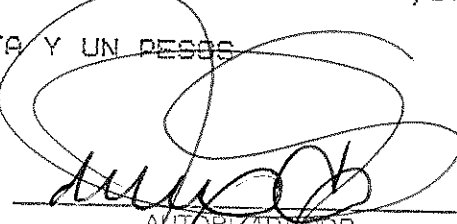
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	203,085
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	203,085
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	38,586
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	241,671
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO: DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA Y UN PESOS			

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LTDA. 806212008

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORD 1981

Teléfono: 3400739

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

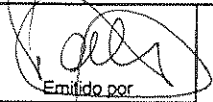

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	10,000.00	60,000

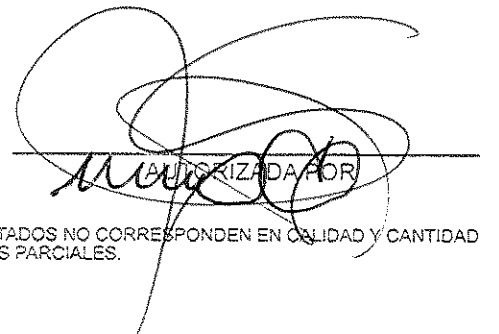
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	60,000
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	60,000
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	11,400
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	71,400
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTO: SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS			

 Emitted by	 Requested by	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
305	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	432.00	131,760

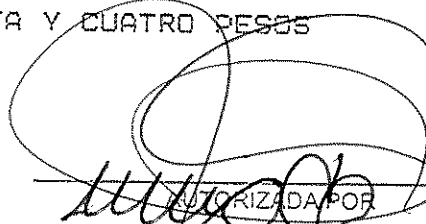
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	131,760
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	131,760
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	25,034
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	156,794
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068031

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,900.00	49,000
6	POLIVITAMINICO por 1000	19,000.00	114,000
1	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100	53,000.00	53,000
2	NISTATINA 100.000 UI por 100 OV	6,800.00	13,600
3	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.00	16,500
7	LORATADINA 10 MG POR 1000	6,500.00	45,500
6	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	9,000.00	54,000
1	FENITODINA SODICA 100 MG por 1000	12,000.00	12,000
6	CONTRALMOR SUPOSITORIO	2,000.00	12,000
10	CLORANFENICOL SOLUC. OFTALMICO 0.5% X10.ML. X 1 FCO	1,100.00	11,000
48	CLARITROMICINA 500 MG por 100	13,800.00	662,400
413	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	2,436,700
490	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	215,600

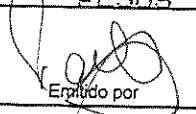
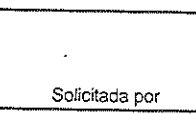
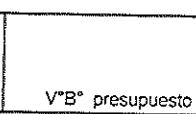

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	3,695,300
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,695,300
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	702,107
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,397,407

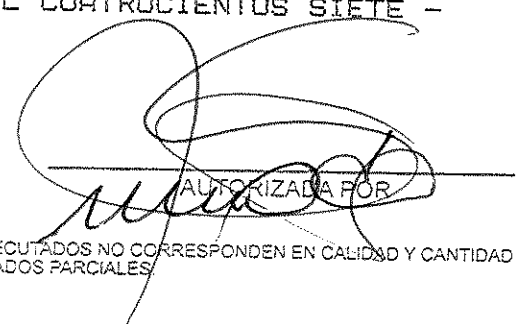
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CUATRO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS -

 Entregado por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

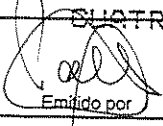
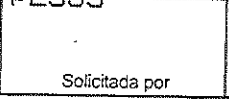


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
103	PAROXETINA 20 MG. x 30	1,450.00	149,350
2	PARACETAMOL 80 MG. POR 200	2,400.00	4,800
40	DMEPRAZOL 20MG.28CA.	455.00	18,200
5	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000	7,000.00	35,000
26	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 100	5,100.00	132,600
3	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	12,500.00	37,500
2	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	8,500.00	17,000
2	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	10,000.00	20,000
58	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,850.00	281,300
187	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	720.00	134,640
400	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	120.00	48,000
156	FLUCONAZOL 150 MG X 2 COMP.	378.00	58,968
5	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	16,000.00	80,000
1	DOMPERIDONA 10 MG por 1000	10,000.00	10,000
2	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	9,500.00	19,000
1	DICLOFENACO INF 12,5 MG por 50	2,150.00	2,150
1	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,450.00	11,450
2	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	8,500.00	17,000
2	CLORANFENICOL UNG.OFT 1% por 1	1,490.00	2,980
1	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	10,000.00	10,000
1	CEFADROXILO 500 MG por 100	7,000.00	7,000
9	BROMHEXINA JBE 4 MG/SML por 25	11,250.00	101,250
3	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,050.00	18,150
222	ATORVASTATINA 10 MG por 30	330.00	73,260
37	ATENLOLOL 50 MG por 1000	5,380.00	199,060
4	ATENLOLOL 100 MG por 1000	9,000.00	36,000
32	AMOXICILINA 500 MG por 500	9,500.00	304,000
2	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 250	23,750.00	47,500
3	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,700.00	17,100
20	ALLOPURINOL 300 MG.20 COMP.	430.00	8,600
1	TETRACICLINA 250 MG por 1000	27,000.00	27,000
61	AC. FOLICO 1 MG POR 30	290.00	17,690
34	VASELINA SOLIDA 30gr	243.00	8,262
1	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	19,000.00	19,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento. -

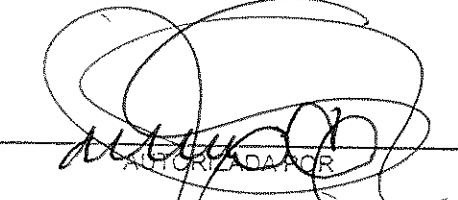
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,973,810
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,973,810
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	375,024
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,348,834

MONEDA: VOLE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTANTO: DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y - CUATRO PESOS

 Emitado por	 Solicitada por	 V.B° presupuesto	 V.S. Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068029

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KETI de Fecha 03-10-2013 Despachar factura en lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	IBUPROFENO JBE. 100 MG por 25	8,750.00	8,750
5	IBUPROFENO 400 MG por 1000	8,000.00	40,000
18	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	3,500.00	63,000
18	FAMOTIDINA 40 MG X 500 CM	5,000.00	90,000
1	DICLOFENACO 50 MG por 1000	7,500.00	7,500
1	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	15,000.00	15,000
5	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.00	11,500
2	CIPROFLOXACINO 500 MG por 600	15,000.00	30,000
74	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	629,000
162	ATORVASTATINA 20 MG. x 30 COMP.	10,750.00	1,741,500
60	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	180.00	10,800
2	PROPANOLOL 40 MG por 1000	4,500.00	9,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 2,656,050
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 2,656,050
 IVA 504,650
 TOTAL FACTURA 3,160,700

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TRES MILLONES CIENTO SESENTA MIL SETECIENTOS PESOS

Emisor por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF.74

Teléfono: 4227296

At: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
46	PASTA LASAR	390.00	17,940
204	BENGUE POMADA POTE 30grs	470.00	95,880

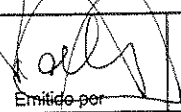
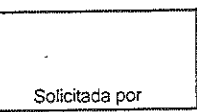
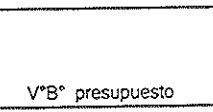
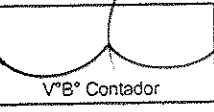
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

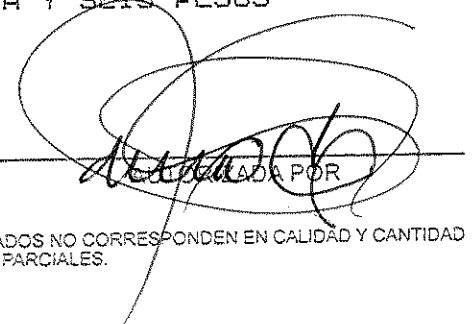
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 113,820
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 113,820
 IVA 21,626
 TOTAL FACTURA 135,446

SON : CIENTO TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

 Emisor por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

27

Señor(es): NOVDFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
792	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	2,098,800

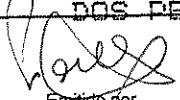
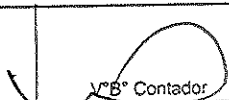
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

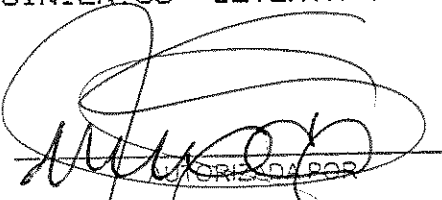
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 2,098,800
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 2,098,800
 IVA 398,772
 TOTAL FACTURA 2,497,572

SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y -
 DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068026

FECHA: 04-10-2013

27

Señor(es): LABORATORIO MAVER S.A. 921210000

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At: Sr:
De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
108	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	210.00	22,680
120	PARACETAMOL 500 MG por 1000	3,500.00	420,000
49	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.00	99,372
135	AC. FOLICO 5 MG por 30	870.00	117,450
56	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	3,400.00	190,400
52	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	3,800.00	197,600

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,047,502
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,047,502
IVA 199,025
TOTAL FACTURA 1,246,527

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS

	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABDRATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
360	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	900.00	324,000

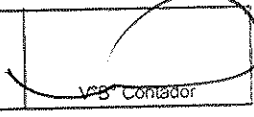
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

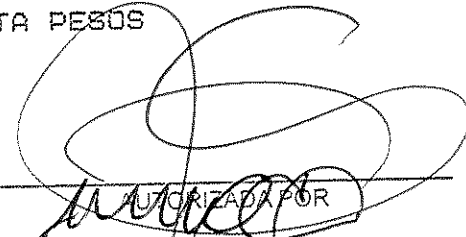
CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 324,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 324,000
 IVA 61,560
 TOTAL FACTURA 385,560

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

87



ORDEN DE COMPRA

068024

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): LABORATORIOS SILEZIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° ** Despachar factura en Lugar Entrega ** de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
58	METFORMINA 850 MG por 1000	8,000.00	464,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 464,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 464,000
 IVA 88,160
 TOTAL FACTURA 552,160

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521


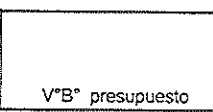

At: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha **de Fecha** **servase despachar**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
42	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,700.00	155,400
178	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,000.00	1,424,000
40	TROLIT CJ/21 CM.	3,200.00	128,000


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,707,400
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,707,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	324,406
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,031,806
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
PERSON : DOS MILLONES TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS		

			
pedido por	Solicitada por	V*B* presupuesto	V*B* Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7X

068022

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600 Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
23	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,660.00	61,180
41	OFTABIOTICO COLIRIO	2,600.00	106,600

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	167,780
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	167,780
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	31,878
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	199,658

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **de Fecha** **servase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
42	MACROSAN 100 MG POR 50	4,250.00	178,500
320	JABON GERM TRICLOSAM 1%	485.00	155,200
320	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.00	480,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039



No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA


VALOR NETO 813,700
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 813,700
IVA 154,603
TOTAL FACTURA 968,303

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At: Sr: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


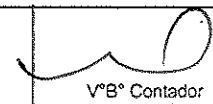
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	METRONIDAZOL 500 MG por 1000 compr	44,350.00	44,350

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

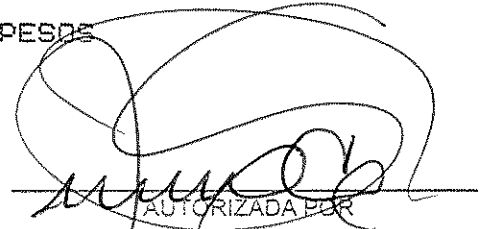
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	44,350
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	44,350
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,427
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	52,777

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

8-X



ORDEN DE COMPRA

068019

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	METRONIDAZOL 250 MG por 1000	10,500.00	21,000
7	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	4,950.00	34,650
4	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO INF. CJX50	3,200.00	12,800
6	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	16,900.00	101,400
1	FERRIGOT por 25	12,860.00	12,860
6	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.00	49,200
2	POLIVITAMINICO JBE 120 ML.	11,330.00	22,660

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	254,570
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	254,570
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	48,368
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	302,938

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Proveedor

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-7

068018

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): NOVARTIS CHILE S.A. 83002400K

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sirvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TIETILPERAZINA 6,5 MG	6,672.00	40,032

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	40,032
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,032
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,606
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,638

MONTO : CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-f

068017

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LTDA. 806212008

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
60	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	10,000.00	600,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 600,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 600,000
IVA 114,000
TOTAL FACTURA 714,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: SETECIENTOS CATORCE MIL PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

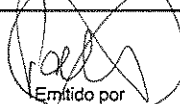
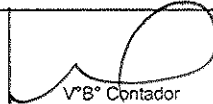
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
392	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	432.00	169,344

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

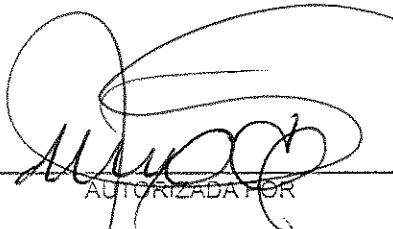
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	169,344
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	169,344
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	32,175
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	201,519

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DOSCIENTOS UN MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


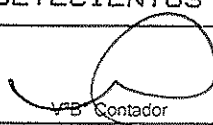
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	CLARITROMICINA 500 MG por 100	13,800.00	220,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

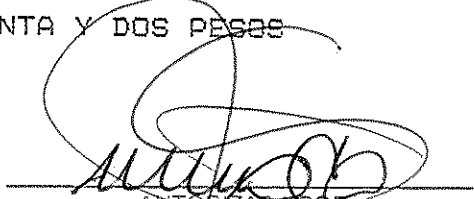
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	220,800
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	220,800
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	41,952
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	262,752

MON: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B* presupuesto	 V*B* Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDÉN EN CALIDAD Y CANTIDAD
LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
340	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	2,006,000
30	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.00	93,000
1,600	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	145.00	232,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424108 SALUD MENTAL	VALOR NETO	2,331,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,331,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	442,890
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,773,890

SON : DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068013

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	POLIVITAMINICO por 1000	19,000.00	228,000
8	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000	8,900.00	71,200
11	AMOXICILINA JARABE 500 MG por 25	18,750.00	206,250
14	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	9,000.00	126,000
400	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	176,000
8	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,900.00	39,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	846,650
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	846,650
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	160,864
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,007,514
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
CON : UN MILLON SIETE MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS		

Emisor	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar


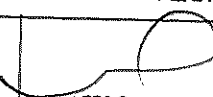
De acuerdo a su cotización N° 1 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

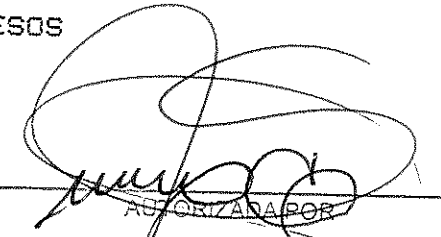
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
79	OMEPRAZOL 20MG. 30CA.	320.00	25,280
9	AMOXICILINA 500 MG por 500	9,500.00	85,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	110,780
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	110,780
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	21,048
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	131,828
MONEDA	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO	: CIENTO TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS VEINTIOCHO PESOS		

 Emitted by	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

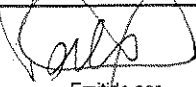

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	VENLAFAXINA 75 MG 1.000 COMP.	52,500.00	157,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	157,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	157,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	29,925
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	187,425

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
121	PAROXETINA 20 MG. x 30	1,450.00	175,450
6	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,450.00	68,700
6	CLORPROMAZINA 25 MG por 1000	4,750.00	28,500
40	KILNITS SHMP 1% 60 ML	1,760.00	70,400
7	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	12,500.00	87,500
2	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	8,500.00	17,000
1	CAFADROXILO JARABE 250 MG por 25	22,450.00	22,450
120	AC. ASCORBICO 500 MG por 30	750.00	90,000
2	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	10,000.00	20,000
200	ATORVASTATINA 10 MG por 30	330.00	396,000
32	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,380.00	172,160
28	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 250	23,750.00	665,000
11	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,700.00	62,700
640	AMBROXOL JBE 4MG/60ML	494.00	316,160
9	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	10,000.00	90,000
1,108	VASELINA SOLIDA 30gr	243.00	269,244
40	VASELINA AZUFRADA 6%	495.00	19,800
900	TRIMEBUTRINO MALEATO 100MG X 20	365.00	328,500
2	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	19,000.00	38,000
1	TETRACICLINA 250 MG por 1000	27,000.00	27,000
1	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	16,000.00	16,000
7	DICLOFENACO INF 12,5 MG por 50	2,150.00	15,050

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.-

JUNTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS VALOR NETO 2,995,614
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA DESCUENTO 0.0 0
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 2,995,614
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140 IVA 569,167
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 3,564,781
 MONEDA : TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y -
 UN PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B presupuesto	V*B Contador

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068009

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL
 De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	3,500.00	14,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	14,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,660
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,660
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL
De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


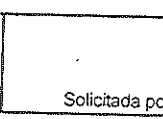
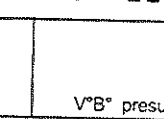
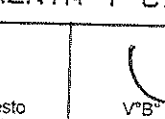
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CLOXACILINA 500 MG/CJX500		
5	DICLOFENACO 50 MG por 1000	15,000.00	30,000
10	IBUPROFENO 400 MG por 1000	7,500.00	37,500
22	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	8,000.00	80,000
68	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	2,300.00	50,600
57	SAL REHIDRATAC ORAL 60 mEqX30SOB por 30	8,500.00	578,000
40	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	6,900.00	393,300
3	PROPANLOL 40 MG por 1000	5,000.00	200,000
		4,500.00	13,500

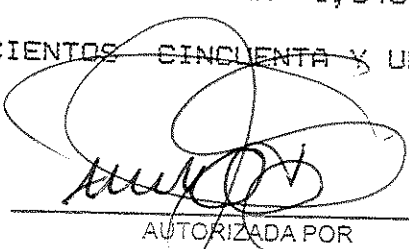
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,382,900
DESTINO	: CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,382,900
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	262,751
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,645,651

MONTO: UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN - PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

27



ORDEN DE COMPRA

068007

FECHA: 04-10-2013

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF.74

Teléfono: 4227296

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
569	PASTA LASAR	390.00	221,910
900	BENGUE POMADA POTE 30grs	470.00	423,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	644,910
ESTINO	: CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	644,910
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	122,533
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	767,443

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON: SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

Emido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ABASTECEDORA DE COMBUSTIBLES S.A. 918060006

Dirección: VICUNA MAKENNA 55

Teléfono: 6939394

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
681	L GAS NORMAL	451.26	307,308


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

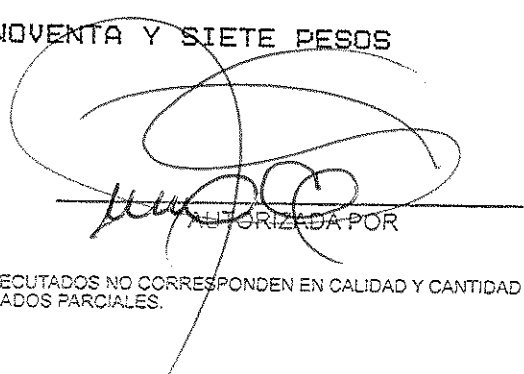
CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 307,308
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 307,308
 IVA 58,389
 TOTAL FACTURA 365,697

MONTO : TRES CIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

 Emite por	 Solicitada por	 V*B° presupuesto	 V*B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


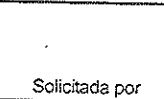
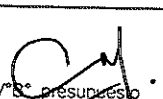

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	BLOCK 100 HOJAS MAMOGRAFIAS		
2,000	HOJAS CARTA C/LOGO	9,600.00	67,200
2,000	SOBRES 20X28 CMS	95.00	190,000
200	SOBRES 35X30 CMS	417.00	834,000
60	BLOCK 100 FONASA NIVEL 1	2,940.00	588,000
		7,840.00	470,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	2,149,600
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,149,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	408,424
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,558,024
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MON : DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL VEINTICUATRO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

8-X



ORDEN DE COMPRA

068004

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	BLOCK FORM PACIENTES GES	5,850.00	1,170,000
1,000	TARJETA DENTAL VERTICAL 1	285.00	285,000
1,000	TARJETA DENTAL VERTICAL 2	285.00	285,000
1,000	TARJETA DENTAL HORIZONTAL 1	285.00	285,000
30	BLOCK 100 HOJAS "REC. MED" IMP/FOL 6CA C/MED	4,800.00	144,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	2,169,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,169,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	412,110
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,581,110
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO DIEZ PESOS		

Emisor por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

8-X



ORDEN DE COMPRA

068003

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): VICTOR MONTOYA GERTNER 115017950

Dirección: EDISON 4647

Teléfono:

At.: Sr. BERNARDITA ANGULO
De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SILLA ALTA ERGONOMETRICA	59,800	119,600

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 431101 MOBILIAR.OFICINA	VALOR NETO	119,600
DESTINO	: CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	119,600
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	22,724
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	142,324
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTO : CIENTO CUARENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS			

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es):

FECHA:

03-10-2013

Dirección: COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Teléfono:

At: Sr.: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **** Despachar factura en Lugar Entrega **** sírvase despachar

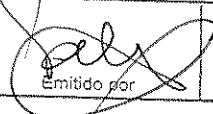
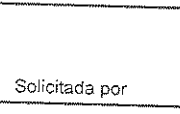

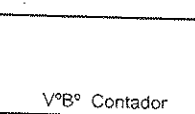
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
160	PACK GES ODONTOLOGICO EMBARAZADAS N°3	8,523.00	1,363,680

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424252 ODONTOLOGICO INTEGRAL EMBARAZADA	VALOR NETO	1,363,680
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,363,680
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	259,099
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,622,779
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : UN MILLON SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

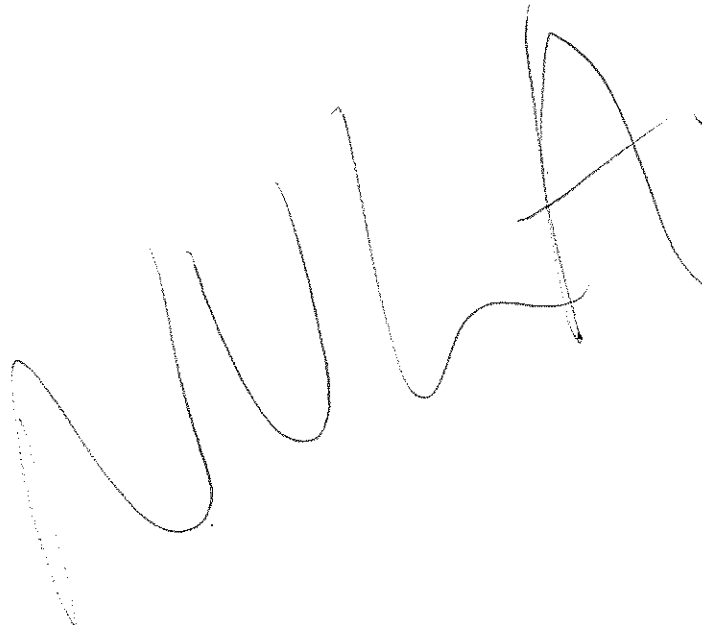
Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	PACK GES ODONTOLOGICO EMBARAZADA N°3	340,920.0	13,636,800
			

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424252 ODONTOLOGICO INTEGRAL EMBARAZADA	VALOR NETO	13,636,800
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	13,636,800
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	2,590,992
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,227,792
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA	: DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y - DOS PESOS		

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA:

03-10-2013

Señor(es):

Dirección: COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS FADIMMED LTDA. 775245001

At.: Sr. LOS TREBOLES 263

Telefono:

5591617

De acuerdo a su cotización N°

Fecha despachar factura en Lugar Entrega *
 -sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


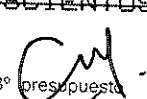
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LAMPARA CURACIONES CCON PEDESTAL	30,800.00	30,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

UBICACION : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	30,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	30,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	5,852
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,652
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	Solicitada por	V°B°  presupuesto	V°B° Contador
---	----------------	--	---------------


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha

sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
35	AGUJA MULTIPLE 21 G X 1 1/2 X 100 U	4,500.0	157,500
54	TUBO TAPA VERDE 4 ML C/HEPARINA DE LITIO GEL S EPARADOR X 50 U	3,850.0	207,900

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	365,400
DIRECCION : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	365,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	69,426
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	434,826

MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° Presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
AL COTIZADO POR USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

067997

03-10-2013

FECHA:

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

6295384

Teléfono:

At: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	CITALOPRAM 20 MG X 5000 CM	11,100.0	77,700
3	CLORANFENICOL 0.5% GOTAS X 10 ML	1,250.0	3,750

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : INMEDEIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS

VALOR NETO	81,450
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	81,450
IVA	15,476
TOTAL FACTURA	96,926

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

067996

03-10-2013

FECHA:

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287.

9644124

Teléfono:

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
62	ATORVASTATINA 20 MG X 500 CM	10,750.0	666,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	666,500
DIRECCION : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	666,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	126,635
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	793,135

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

067994

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): COMERCIAL A Y B S.A. 965609008

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

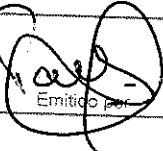

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SUERO ANTI D	5,700.00	28,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTUR
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS

VALOR NETO	28,500
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	28,500
IVA	5,415
TOTAL FACTURA	33,915

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	--------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sirvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


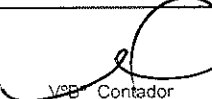
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL 70% X 1 LTS X 12 U	15,336.0	15,336
40	GUANTES PROCEDIMIENTO VINILO TALLA M - S- L - XS	1,400.0	56,000
2	MARIPOSA CORRIENTE 236 X 3/4	4,500.0	9,000
20	PARCHE CURITAS X 100 U	700.0	14,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

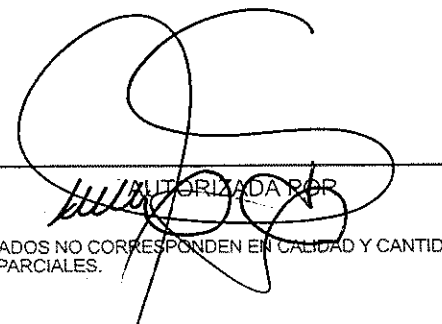
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : CIENTO DOCE MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS

VALOR NETO 94,336
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 94,336
IVA 17,924
TOTAL FACTURA 112,260

 Emitted por	-	Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	----------------	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MEDICA - TEC DE CHILE S.A. 968517201

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

At: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

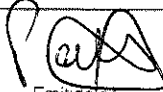
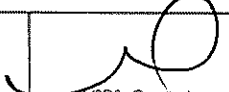
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CHROMAGAR ORIENTACION 1 X 5000 ML	68,000.0	68,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

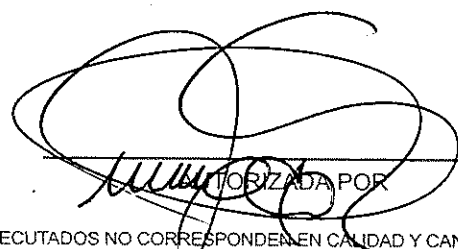
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	68,000
ESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	68,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,920
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,920
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : OCHENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS		

 Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------	------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.


 AUTORIZADA POR



ORDEN DE COMPRA ***

067989

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO
De acuerdo a su cotización N° 13

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TONER IMPRESORA HP CE285A NEGRO	28,400.00	28,400
15	PAD MOUSE GEL 3M	1,856.00	27,840
15	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	7,220.00	108,300

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	164,540
DIRECCION	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0
		0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL
		164,540
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA
		31,263
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA
		195,803

VALOR EN LETRAS: CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	3,525.00	17,625
9	PLUMON PARA MARCAR CD NEGRO	279.00	2,511
4	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	1,800.00	7,200
11	KIT LIMPIEZA COMPUTADOR	1,230.00	13,530
1	FILTRO MONITOR 14/15 AF-100L 3M	24,500.00	24,500
1	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 26 X 54 4C 10000 CAJA	218.00	218
3	DVD-R IMATION 4.7 GB 4X	229.00	687
10	CD VERBATIM R GRABABLE	298.00	2,980
50	CD VERBATIM GRABABLE	187.00	9,350
50	CD IMATION GRABABLE	194.00	9,700
4	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,200.00	8,800
5	CABLE EXTENSION USB 1 METRO	729.00	3,645

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	100,746
DIRECCION	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: CIENTO DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

Entregado por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067987

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TINTA RISO CZ 180 BLACK	18,625.00	149,000
202	SOBRES PARA CD	38.00	7,676
3	PAPEL FOTOGRAFICO PLUS (IMPRESORA) X 20 HOJAS	3,790.00	11,370
3	MASTER RISO CZ 180	29,875.00	89,625
5	LIMPIADOR LECTOR CD KENSINGTON	10,990.00	54,950

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	312,621
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	312,621
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	59,398
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	372,019

MONTO : TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DIECINUEVE PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO
 De acuerdo a su cotización N° 14

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

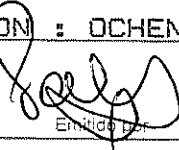
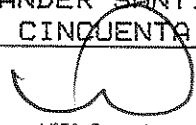
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TE LIPTON ETIQUETA NEGRA CAJA X 100	2,530.00	20,240
18	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC CON GAS	398.00	7,164
10	AZUCAR 1KG IANSA	548.00	5,480
15	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 270 GRS.	2,780.00	41,700

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	74,584
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,584
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	14,171
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,755

MONTO : OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINQUENTA Y CINCO PESOS

 Entregado por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067985

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FERNANDEZ

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TE DE HIERBAS SUPREMO SURTIDAS X100 BOLSITAS	1,730.00	17,300
24	COCA-COLA LIGTH 1500 CC POR UNIDAD	700.00	16,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	34,700
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	34,700
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,593
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	41,293
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CUARENTA Y UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

Entido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Comedor

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO
 De acuerdo a su cotización N° 14

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

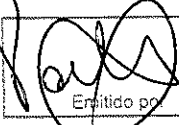
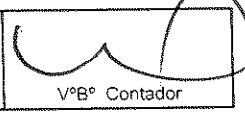
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CUADERNO OFICIO CUADRICULADO TORRE	2,496.00	12,480

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CATORCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 12,480
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 12,480
 IVA 2,371
 TOTAL FACTURA 14,851

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO
De acuerdo a su cotización N° 14

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 02-10-2013, sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


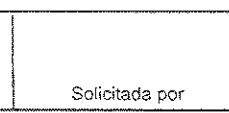
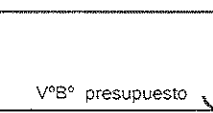
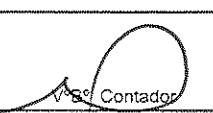
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	STICK FIX 40 gr. UPU	530.00	6,360
5	VISDRES PORTALEYENDA TORRE 50 UNIDADES	460.00	2,300
6	SEPARADOR CARTULINA CARTA 6 POSIC. 3 COLORES A LO	99.00	594
2	PORTA MINAS 0.7	240.00	480
2	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	240.00	480
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	675.00	6,750
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	675.00	13,500
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	675.00	13,500
16	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	180.00	2,880
5	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	471.00	2,355
5	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	224.00	1,120
103	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	34.00	3,502
2	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,389.00	2,778
2	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/13	572.00	1,144
2	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	220.00	440
10	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	128.00	1,280
2	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	390.00	780
10	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	258.00	2,580
11	PILAS AAA x 4	1,410.00	15,510
52	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	509.00	26,468
47	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	490.00	23,030
15	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	355.00	5,325
24	PAPEL CRAF PLIEGO	39.00	936
6	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	585.00	3,510
6	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	185.00	1,110
12	GOMA DE BORRAR	40.00	480
00	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	19.00	1,900
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	17.00	1,700
12	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	7,860
6	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,100.00	48,600
5	DESTACADOR BIC AMARILLO	198.00	990

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	200,242
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	200,242
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	38,046
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	238,288

VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr. CAROLINA FUENZALIDA
 De acuerdo a su cotización N° 24

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	922.00	922
5	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,056.00	10,280
120	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,369.00	164,280
5	PAPEL LUSTRE PLIEGO COLORES 70 x 50	45.00	225
6	ARCILLA PROFESIONAL ARTEL BLANCA 1 KILO	953.00	5,718
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	558.00	5,580
5	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND.	82.00	410
5	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	82.00	410
5	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	82.00	410
5	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	82.00	410
5	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	82.00	410
5	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	82.00	410
5	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	82.00	410
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	860
5	MAGIC CLIPER 4.8 MM. CLIP METALICO 50UD. SELLO FFICE	444.00	2,220
5	MAGIC CLIPER 4.8 MM. PLATEADO 50UD. ADIX	820.00	4,100
20	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	50.00	1,000
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	92.00	1,104
62	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	81.00	5,022
150	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	60.00	9,000
5	ESCARCHA DIFERENTES COLORES	445.00	2,225
15	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	187.00	2,805
1	ESPIRAL 14 MM. NEGRO 100 HJS. (50 U.)	1,538.00	1,538
5	DESTACADOR NARANJO	190.00	950
32	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	2,432
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	1,520
12	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	290.00	3,480
6	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	349.00	2,094

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

VENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	230,225
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	230,225
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	43,743
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	273,968

MONEDA: DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

Entregado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 24

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-10-2013, sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	148.00	2,220
15	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	148.00	2,220
5	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	373.00	1,865
12	CARPETA COLGANTE PUNTAS PLASTICAS (PQ.25 UND.)	100.00	1,200
5	CARPETA ARTE COLOR ARTEL MICROCORRUGADO 6	589.00	2,945
17	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	320.00	5,440
6	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	211.00	1,266
2	CAJA MINAS DE Ø,9 12 UNID.	85.00	170
2	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	160.00	320
2	CAJA MINAS DE Ø,7 12 UNID. Pentel	109.00	218
2	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	215.00	430
2	CAJA MINAS DE Ø,5 12 UNID. Pentel	37.00	74
1	PITILLA CONO	477.00	477
14	PINCEL GERMAN 101 N° 11	128.00	1,792
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AZUL	996.00	4,980
1	CLIPS MEDIANO X 50 UND.	128.00	128
5	CLIPS MAGICOS 50 UD. PLATEADO 4.8 MM. ADIX CAJA	444.00	2,220
2	PINCEL GERMAN 101 N° 5	125.00	250
5	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	380.00	1,900
17	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	310.00	5,270
5	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	761.00	3,805
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	129.00	258
15	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	449.00	6,735
15	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	589.00	8,835
17	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	220.00	3,740
1	TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL	922.00	922
31	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	922.00	28,582
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	152.00	1,824
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	5,460
15	PILAS ALKALINA D GRANDE X 2 UND. DURACELL	1,534.00	23,010
7	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,400.00	9,800
20	PAPEL PAPELOGRAFO BLANCO 77X110 PLIEGO	45.00	900
200	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	318,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

AGENCIA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	447,256
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	447,256
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	84,979
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	532,235

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AMORTIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: **8206290**

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**
De acuerdo a su cotización N° **24**

* Despachar factura en Lugar Entrega **
Fecha **03-10-2013** sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo l

materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO	76.00	2,280
1	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON A	922.00	922
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	76.00	1,520
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARAN.	76.00	1,520
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	760
7	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMA	922.00	6,454
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.00	380
3	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO	922.00	2,766
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE	76.00	760
5	CARTULINA 55 X 77 COLOR CAFE	76.00	380
45	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA	76.00	3,420
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL	76.00	1,520
8	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	922.00	7,376
20	STICK FIX 40 gr. PRITT	620.00	12,400
6	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	163.00	978
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO	76.00	1,520
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE	270.00	1,350
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA	270.00	1,350
25	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA	270.00	6,750
20	SACA PUNTAS METALICO	95.00	1,900
8	POST IT GRANDE AMARILLO higland	290.00	2,320
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO	270.00	1,350
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL	270.00	1,350
22	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	320.00	7,040
8	POST IT CHICO AMARILLO higland	120.00	960
5	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	248.00	1,240
3	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	2,518.00	7,554
2	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	549.00	1,098
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	214.00	2,140
11	PLUMON DELGADO X 12 COLORES ARTEL	380.00	4,180
3	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	290.00	870
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	148.00	740
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VIOLETA PILOT	450.00	2,250
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	148.00	740
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	148.00	740

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207

VALOR NETO 90,878
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 90,878
IVA 17,267
TOTAL FACTURA 108,145

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO OCHO MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS

Emisor	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 4

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TINTA LDD 025	9,020.00	54,120
6	MASTER DUPLICADOR LDD 025	38,300.00	229,800
6	LAPIZ TOP 505 PASTA AZUL	200.00	1,200
10	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	1,490.00	14,900

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

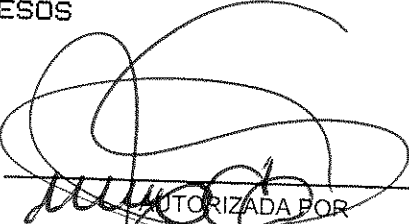
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	300,020
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	300,020
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	57,004
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	357,024
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO: TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL VEINTICUATRO PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	--------------------	----------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At: Sr. LORENA LLANAO
 De acuerdo a su cotización N° 12

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

Se ejecutará, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	5,500.00	22,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

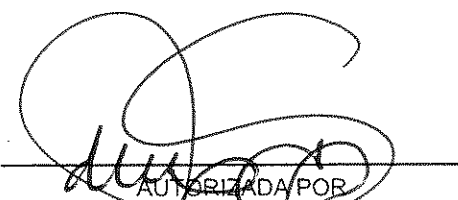
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	22,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,180
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,180

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : VEINTISEIS MIL CIENTO OCHENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: **8206290**

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha **03-10-2013** sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° **22**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ROLLO ALUSA PLAS	414.00	1,656
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	14,529.00	14,529
2	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	1,298
3	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	5,961
4	DISPENSADOR TOALLA NOVA	5,464.00	21,856
11	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980.00	10,780
2	CIF CREMA X 750 CC	710.00	1,420
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

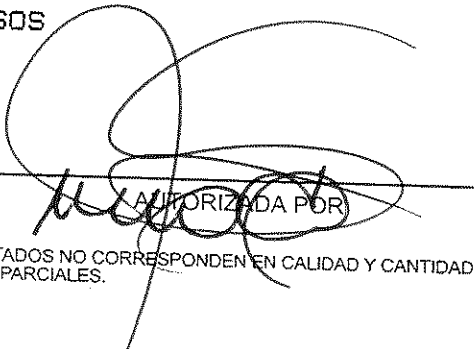
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	58,682
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	58,682
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	11,150
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,832

MONTO : **SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS**

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

Para ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.00	22,400
64	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	3,200.00	204,800
500	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	6.00	3,000
4	BASURERO PARA BANO RECTANGULAR	3,500.00	14,000

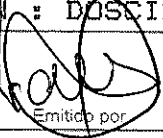
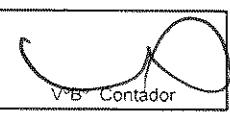
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

VENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	244,200
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	244,200
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	46,398
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	290,598

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS NOVENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

067975

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 02-10-2013 sirvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 12 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
23	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	550.00	12,650
27	ESPONJA VIRUTEX	180.00	4,860
15	ESPONJA BONODRIL	180.00	2,700
4	LIMPIAVIDRIOS X SLTS	2,282.00	9,128
3	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	8,800.00	26,400
30	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	80,670
41	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,174.00	48,134
2	DESENGRASANTE X 5 LTS	2,120.00	4,240
9	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120.00	19,080
66	CLORO GEL	565.00	37,290
5	CLORINDA X LTS	289.00	1,445
10	BOLSA BASURA 130X130	3,080.00	30,800
90	BOLSA BASURA 80X120	722.00	64,980
80	BOLSA BASURA 80X110	559.00	44,720
35	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405.00	14,175
6	BASURERO 42 LTS CON TAPA 36 x 57 S/REMO	8,500.00	51,000
30	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	657.00	19,710
40	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	511.00	20,440
28	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	227.00	6,356
9	BALDES ESTRUJADOR VIRUTEX	3,150.00	28,350
11	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	2,120.00	23,320
20	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	125.00	2,500
64	PANO AMARILLO	117.00	7,488
20	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	1,990.00	39,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONC: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	600,236
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	600,236
LUGAR ENTREGA	: 24 HORAS REYES LAVALLE 3207	SUB-TOTAL	114,045
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	IVA	714,281
		TOTAL FACTURA	

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: SETECIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067974

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AMPOLLETA AHORRO DE ENERGIA 15 WATTS CORTA	2,378.00	23,780
20	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT	2,527.00	50,540
10	AMPOLLETA 40 WATT	175.00	1,750
5	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	5,910
5	GUANTES PVC TAM. L	800.00	4,000
2	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	1,000.00	2,000
10	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	490.00	4,900
10	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,026.00	20,260
5	GUANTES GOMA 8 ANTIDES.	490.00	2,450
5	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	435.00	2,175
10	PANOS SACO CON OJAL	475.00	4,750
10	PANOS OSNABURGO 40X70 CM. GRIS	273.00	2,730
10	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	390.00	3,900
8	PANO MULTIUSO GRANDE	267.00	2,136
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	4,660
3	PAPEL ALUMINIO	366.00	1,098
5	PALA BASURA PLASTICA	420.00	2,100
18	GUANTES GOMA 7 1/2	490.00	8,820

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	147,959
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	147,959
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	28,112
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	176,071

MONTO : CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SETENTA Y UN PESOS

Emite por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067973

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-10-2013 sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	1,500.00	7,500
2	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,125.00	4,250
5	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	864.00	4,320
12	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	14,400
10	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872.00	18,720
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. VERDE	234.00	234
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. ROJA	234.00	234
3	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. NEGRA	234.00	702
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. AZUL	234.00	234
56	CIF CREMA X 750 CC	710.00	39,760
1	CARRO ESTRUJADOR MOPA 36 LTS.MARCA FIBRA	27,660.00	27,660
10	BOLSA BASURA 120X130	2,439.00	24,390
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. AMARILLA	234.00	234
20	BOLSA BASURA 50X90	380.00	7,600
10	MOPA FIBRA 16	1,668.00	16,680
40	BOLSA BASURA 50X70	194.00	7,760
24	VIRUTILLA P/OLLAS S. BRITE	454.00	10,896
20	VIM LIQ. AMONIACLOROx lts	1,268.00	25,360
400	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	14.00	5,600
700	VASOS PLASTICOS 300 CC.	13.00	9,100
10	TUBO FLORECENTE CIRCULAR FC 12T9-D DAYLIGHT 32 WATTS	1,175.00	11,750
10	TRAPERO TRAMY ABSORVENTE 55X49	1,767.00	17,670
32	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,127.00	36,064
21	SACA ZARRO FRASCO	1,743.00	36,603
3	ROLLO ALUSA PLAS	414.00	1,242
16	PLUMERO	388.00	6,208
5	BARREDOR DE AGUA x 37 CM	799.00	3,995
15	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,224.00	18,360
6	GUANTES TEJIDO PVC	143.00	858
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	8,700
5	GUANTES PVC TAM. M	800.00	4,000
10	PANOS TRAMY 55X49 CM.	1,767.00	17,670
5	ANTIGRASA X 500 ML	638.00	3,190
10	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA PL 26 WATT(dos patas)	1,744.00	17,440

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CIEN STINO	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	409,384
LAZO ENTREGA	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
LGAR ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	409,384
ORMA DE PAGO	: REYES LAVALLE 3207	IVA	77,783
	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	487,167
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS

Emido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: **8206290**

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

De acuerdo a su cotización N° **22** de Fecha **03-10-2013** **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **sírvase despachar**

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	GUANTES AMARILLO TALLA L	262.00	1,572
5	GLASSEX RECARGA	673.00	3,365
4	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	7,948
55	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,776.00	207,680
3	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	720.00	2,160
24	ESPONJA OLLA ACERO STANDARD VIRGINIA	118.00	2,832
50	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	14,200
14	ESCOBILLA PARA LIMPIAR AZULEJOS	525.00	7,350
9	ESCOBILLON PARA LIMPIAR TAZA DE WC	479.00	4,311
20	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	25,800
15	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,346.00	20,190
16	DETERGENTE OMO 400 KGS	695.00	11,120
5	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + R EPUESTO LAVANDA	5,891.00	29,455
50	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	32,450
5	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	980.00	4,900
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SPA GLADE	1,131.00	5,655
15	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POE TT	980.00	14,700
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. FRESCURA FR POET T	980.00	4,900
15	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLAD E	980.00	14,700
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BANO SOL POETT	980.00	4,900
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.PRIMAVERAL POE TT	980.00	4,900
15	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.POLAR POETT	1,131.00	16,965
15	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	688.00	10,320
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BCA. AIR WICK	688.00	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. ACQUA MARINE AIR WICK	688.00	3,440
12	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	5,500.00	66,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

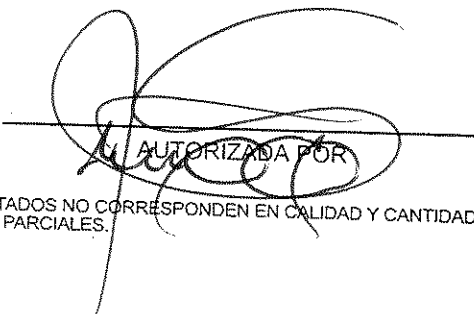
CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	525,253
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	525,253
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	99,798
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	625,051

MONEDA: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO: SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL CINCUENTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ESPONJA P/ LOZA	99.00	990
9	EXTENCION TELESCOPICA WINKLER	3,800.00	34,200
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	4,300.00	43,000
8	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	2,150.00	17,200
15	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	2,990.00	44,850
7	LAVALOZAS X 5 LTS	3,090.00	21,630
35	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT	996.00	34,860
3	JABON LIQUIDO DOVE FRASCO 800 ML.	1,900.00	5,700
43	CLORO X 5 LTS	950.00	40,850
10	BONBRIL	200.00	2,000
17	SECADOR DE VIDRIO COMPLETO DE 45 CM. WINKLER	6,900.00	117,300
22	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	6,400.00	140,800
28	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.00	39,200
6	SERVILLETA NOVA 22X23	220.00	1,320
5	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	2,990.00	14,950
2	BALDES X 10 LTS	1,200.00	2,400
10	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT DECOGLOBO PHILIPS	3,500.00	35,000
20	PANOS COCINA	290.00	5,800
2	PAPELERO CON PEDAL 34 LTS.	4,900.00	9,800
9	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	3,200.00	28,800
1	LUSTRA MUEBLES X 5 LTS	6,390.00	6,390

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

ENTRADA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	647,040
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	647,040
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	122,938
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	769,978

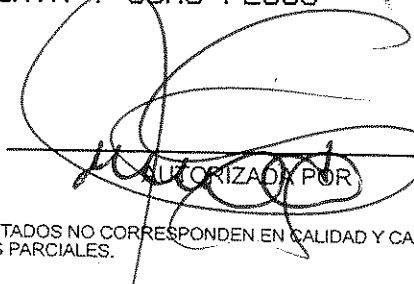
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------	----------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067970

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANOS

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CLORO X LITRO	289.00	2,890

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 2,890
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 2,890
 IVA 549
 TOTAL FACTURA 3,439

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***
067969

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-10-2013 sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 POTS	14,529.00	58,116
10	BOLSA BASURA 50X70	194.00	1,940
10	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC CITRICO	3,490.00	34,900
10	GUANTES AMARILLO TALLA L	262.00	2,620
8	AMPOLLETA 60 WATT	175.00	1,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

AGENCIA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	98,976
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	98,976
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	18,805
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	117,781

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: CIENTO DIECISIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CANTIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067968

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO
De acuerdo a su cotización N° 11

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TIJERAS GRANDE	320.00	320
4	STICK FIX 40 gr. UHU	530.00	2,120
4	PEGAMENTO LA GOTITA	656.00	2,624
2	MICA CARTA 30 UND. NATURAL IBICO	990.00	1,980
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	95.00	1,900
40	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	95.00	3,800
1	CUCHILLO CARTONERO	135.00	135
2	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	330.00	660
6	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	224.00	1,344
2	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	355.00	710
10	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	148.00	1,480
1	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	298.00	298
1	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	450.00	450
57	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	898.00	51,186
20	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	950.00	19,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	88,007
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	88,007
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	16,721
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,728

MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTANTO : CIENTO CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS

Emitido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067967

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 21

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ARCHIVADOR A4 C/PRES. 2 AROS 2.0 BLANCO	1,888.00	3,776
4	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	844
2	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	1,230
4	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	229.00	916
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	4,228.00	4,228
1	PERFORADOR INDUSTRIAL PARA 160 HOJAS	45,100.00	45,100
6	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID.	475.00	2,850
6	PAQUETE SOBRE SACO 50 UNID.	1,771.00	10,626
6	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,679.00	10,074
6	PAQUETE SOBRE OFICIO CAFE	1,751.00	10,506
20	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	460.00	9,200
11	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	450.00	4,950
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	79,500
139	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,368.00	190,152
4	LIBRO DE CONTABILIDAD 100 HOJAS TABULADO 12 CO LUMNAS VERTICALES	4,400.00	17,600
2	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	1,299.00	2,598
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	102.00	1,020
6	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	264
2	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	236.00	472
1	FECHADOR 4MM.	2,000.00	2,000
1	ELASTICO X KILO	1,939.00	1,939
2	DESTACADOR NARANJO	169.00	338
2	DESTACADOR AMARILLO	169.00	338
6	CLIPS GRANDE 80 MM.	421.00	2,526
2	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.00	380
6	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	633.00	3,798
1	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,700.00	4,700
1	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	117.00	117
3	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,348.00	4,044

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	416,086
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	416,086
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	79,056
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	495,142
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 11

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
480	FUNDAS PLASTICAS CARTA	17.00	8,160
20	MAGIC CLIPER 50 UND.	550.00	11,000
10	TIJERAS GRANDE	320.00	3,200
50	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE	314.00	15,700
70	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA ROJO PILOT	2,060.00	144,200
8	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	355.00	2,840
70	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILO T	2,060.00	144,200
31	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	148.00	4,588
70	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	2,060.00	144,200
30	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	148.00	4,440
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	148.00	740
5	CORCHETERA BOSH	2,940.00	14,700
30	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	180.00	5,400
55	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	148.00	8,140
52	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS AZUL	314.00	16,328
10	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	395.00	3,950
10	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	880.00	8,800
30	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	180.00	5,400
11	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA ROJO	180.00	1,980
11	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	180.00	1,980
39	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	185.00	7,215
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	180.00	900
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	250.00	2,500
61	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	34.00	2,074
5	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,389.00	6,945

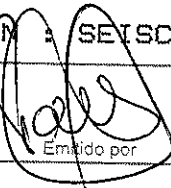
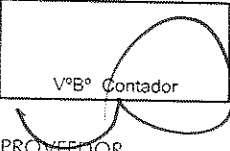
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

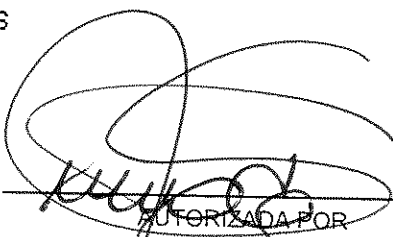
CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	569,580
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	569,580
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	108,220
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	677,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS

 Emisido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CANTIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067965

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	180.00	1,080
8	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	390.00	3,120
44	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,020.00	44,880
10	CUCHILLO L-2 MANGO CAUCHO	5,190.00	51,900
30	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	258.00	7,740
6	CUCHILLO CARTONERO	135.00	810
1	PERFORADOR MEDIANO cangaro	1,335.00	1,335
2	COLA FRIA X KILO	2,100.00	4,200
1	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	990.00	990
35	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	680.00	23,800
1	INDICE TELEFONICO RHEIN	990.00	990
2	LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS ORGAREX	1,350.00	2,700
37	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	471.00	17,427
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/13	572.00	2,860
39	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	185.00	7,215
30	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	180.00	5,400
50	DESTACADOR BIC AMARILLO	198.00	9,900
30	CUADERNO UNIVERSITARIO OFIJET	330.00	9,900
12	PAPEL CRAF PLIEGO	39.00	468
60	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	410.00	24,600
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	148.00	740
6	VISORES PORTALEYENDA TORRE 50 UNIDADES	460.00	2,760
10	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA VERDE	65.00	650
5	BLOCK APUNTES PREPICADO 7 MM 80 HOJAS COLON	520.00	2,600
20	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	224.00	4,480
25	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA NEGRO	65.00	1,625
27	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO	185.00	4,995
25	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA AZUL	65.00	1,625
15	LAPIZ SCHNEIDER JET FINE NEGRO	65.00	975
15	LAPIZ SCHNEIDER JET FINE AZUL	65.00	975
5	BATERIA VARTA 9 VOLTS	1,420.00	7,100
30	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	180.00	5,400
2	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA AMARILLO REPROGRAF	4,100.00	8,200
1,300	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	19.00	24,700

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	288,140
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	288,140
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	54,747
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	342,887

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON: TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

Entido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAD
 De acuerdo a su cotización N° 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
61	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	148.00	9,028
27	STICK FIX 40 gr. UHU	530.00	14,310
20	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	950.00	19,000
10	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	895.00	8,950
20	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	898.00	17,960
10	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	99.00	990
6	SEPARADOR CARTULINA CARTA 6 POSIC. 3 COLORES ALO	99.00	594
3	ABRE CARTA	295.00	885
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/8	380.00	1,900
5	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	193.00	965
6	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	180.00	1,080
57	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	330.00	18,810
3	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	398.00	1,194
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	298.00	1,490
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	110.00	550
9	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,100.00	72,900
5	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	220.00	1,100
12	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	585.00	7,020
3	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS METALICA	4,200.00	12,600
12	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 NEGRO	502.00	6,024
12	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	502.00	6,024
10	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	180.00	1,800
13	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UNID.	9,600.00	124,800
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	450.00	900
5	PORTA MINAS 0.7	240.00	1,200
5	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	240.00	1,200
24	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE ROJO	1,020.00	24,480
56	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,020.00	57,120
5	PORTA CLIPS UNID.	165.00	825
36	PILAS AAA x 4	1,410.00	50,760
2	PLUMON POLYCOLOR 326 WP 20 COLORESSTAEDTLER	2,900.00	5,800



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -


CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	472,259
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	472,259
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	89,729
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	561,988

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

	
Emitido por	V°B° Contador
Solicitada por	V°B° presupuesto

PROVEEDOR


 FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

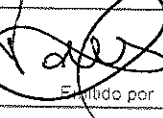
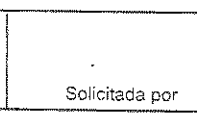
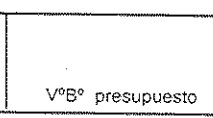

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VIOLETA PILOT	249.00	1,245
1	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	890.00	890
70	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	5,040
1	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	890.00	890
1	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	890.00	890
7	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	890.00	6,230
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NARANJO PILOT	249.00	1,245
15	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	4,410
50	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	24,300
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490.00	4,900

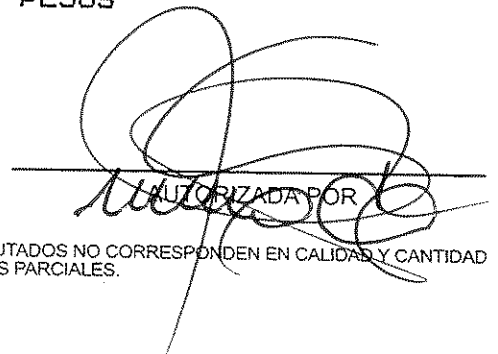
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	50,040
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,040
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	9,508
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,548
CONDICION : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS. CUARENTA Y OCHO PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
--	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


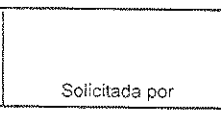
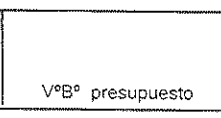
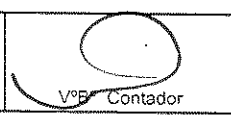
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	2,280
30	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	25,860
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	1,520
3	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	185.00	555
3	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	85.00	255
11	DESTACADOR VERDE	169.00	1,859
65	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	27,170
5	MARCADOR CD SHARPIE NEGRO 19501NG	263.00	1,315
3	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	85.00	255
5	MARCADOR CD SHARPIE ROJO 19501RJ	263.00	1,315
10	TIJERAS PUNTA ROMA	173.00	1,730
5	DESTACADOR ROSADO	169.00	845
3	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	85.00	255
11	DESTACADOR NARANJO	169.00	1,859
10	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	2,820.00	28,200
100	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	102.00	10,200
15	LAPIZ PARA MARCAR CD	256.00	3,840
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.00	3,690
3	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	201.00	603
5	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	612.00	3,060
35	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	14,630
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	265.00	1,325
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.00	1,900
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	265.00	1,325
3	CARPETA ARTE COLOR ARTEL MICROCORRUGADO 6	580.00	1,740
5	MAGIC CLIPER 4.8 MM. CLIP METALICO 50UD. SELLO FFICE	444.00	2,220
1	ESPIRAL 29 MM. NEGRO 200 HJS. (25 U.) IBICO	2,815.00	2,815
1	CLIPS MAGICOS 50 UD. PLATEADO 4.8 MM. ADIX CAJA	822.00	822
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.00	2,280
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	1,140
1	TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL	890.00	890
18	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	1,368
1	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	890.00	890

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

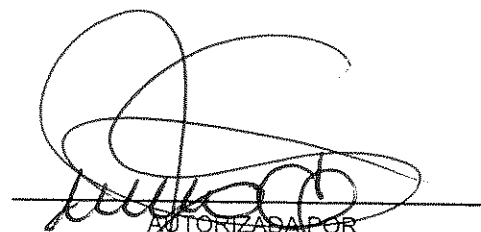
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	150,011
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	150,011
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	28,502
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	178,513

VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTANTO : CIENTO SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS TRECE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: **8206290**

At: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**
 De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha **03-10-2013** sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	3,624
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	2,280
280	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	15,680
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	76.00	1,140
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	7,119.00	7,119
25	PAPEL PAPELOGRAFO BLANCO 77X110 PLIEGO	33.00	825
130	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	206,700
140	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,368.00	191,520
5	PAPEL LUSTRE PLIEGO COLORES 70 x 50	45.00	225
1	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR ROJO INTENSO 500 HOJAS	5,978.00	5,978
82	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,368.00	112,176
80	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	102.00	8,160
42	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,589.00	66,738
3	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND.	85.00	255
200	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	102.00	20,400
4	PIZARRA CORCHO 1.20 X 1.20 CM.	52,228.00	208,912
80	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	418.00	33,440
11	DESTACADOR CELESTE	169.00	1,859
8	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,348.00	10,784
3	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	85.00	255
3	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	85.00	255
3	HUELLERO TAMPON	427.00	1,281
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.00	1,520
5	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	132.00	660
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	76.00	1,520
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	860
3	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE ROJO DOBLE PUNTA 361 15RJ	576.00	1,728
10	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189.00	1,890
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	2,280
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	265.00	1,325
3	MAGIC CLIPER 13 MM 50 UND.	450.00	1,350
6	CLIPS MEDIANO X KG	2,260.00	13,560

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	926,299
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	926,299
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	175,997
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,102,296

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : UN MILLON CIENTO DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	----------------	------------------	---------------


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 Y/O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

067960

FECHA: 03-10-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
42	POST IT CHICO AMARILLO highland	148.00	6,216
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	265.00	1,325
110	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.00	20,900
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	265.00	1,325
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AZUL	987.00	4,935
1	ESPIRAL 23 MM.NEGRO 155 HJS. (25 U.) IBICO	3,290.00	3,290
3	LAPIZ PASTEL 25 COLORES PENTEL	665.00	1,995
5	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	1,981.00	9,905
10	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	580.00	5,800
10	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	117.00	1,170
5	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	620.00	3,100
5	MAGIC CLIPER 4.8 MM. PLATEADO 50UD. ADIX	450.00	2,250
3	CARPETA COLGANTE CON RIEL PLASTICO COLON	98.00	294
3	PINCEL GERMAN 101 N:5	99.00	297
16	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040.00	32,640
2	PORTA BANDERITA DE COLORES	1,515.00	3,030
2	ESPIRAL 14 MM.NEGRO 100 HJS. (50 U.)	1,538.00	3,076
4	PLUMON DELGADO X 12 COLORES ARTEL	337.00	1,348
5	LIBRO DE SALIDA (IMPRESIONES LORENA) 100 HJS	1,200.00	6,000
1	LIBRO DE ACTAS 800 HOJAS	9,500.00	9,500
70	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	102.00	7,140
4	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	129.00	516
80	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	33,440
5	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UND. DURACELL	1,388.00	6,940
3	ELASTICO X KILO	1,939.00	5,817
20	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228.00	84,560
5	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,016.00	10,080
3	CAJA TERMOLAMINADO HEATSEAL DE 9" X 14.5"	8,822.00	26,466
5	PILAS CR 2032 3 VOL	168.00	840
85	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	35,530
20	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	563.00	11,260
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	2,280
3	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	85.00	255

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

AGENCIA :	421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	343,520
DIRECCION :	DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	343,520
LUGAR ENTREGA :	REYES LAVALLE 3207	IVA	65,269
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	408,789

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CUATROCIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-10-2013 sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	TEMPERA 12 COLORES ARTEL	584.00	9,344
11	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323.00	14,553
10	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	99.00	990
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,323.00	1,323
105	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	64,575
60	APRETAPAPEL MEDIANO	37.00	2,220
5	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	1,325.00	6,625
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,323.00	1,323
3	CLAVADORA SWINGLUE MOD 101 METAL	7,816.00	23,448
6	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	160.00	960
5	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	1,810
50	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	99.00	4,950
90	SACA PUNTAS METALICO	96.00	8,640
6	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO BEIGE	987.00	5,922
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 53/8 INDUSTRIAL NOVUS	4,578.00	22,890
70	REGLA 30 CM. DE 3 CARAS	95.00	6,650
57	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	229.00	13,053
67	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	42,411
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/6-23	250.00	1,250
2	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,977.00	11,954
5	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	749.00	3,745
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. PARA ENGRAPADORA 260 5/16 8M.M.	1,525.00	15,250
100	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	4,400
76	DESTACADOR AMARILLO	169.00	12,844
3	PINCEL GERMAN 101 N°11	196.00	588
26	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	6,760
15	GOMA DE BORRAR	40.00	600
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/6	241.00	2,410
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/10	328.00	1,640
25	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u.	436.00	10,900
5	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	248.00	1,240

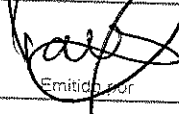


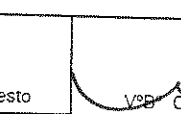
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	305,268
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	305,268
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	58,001
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	363,269

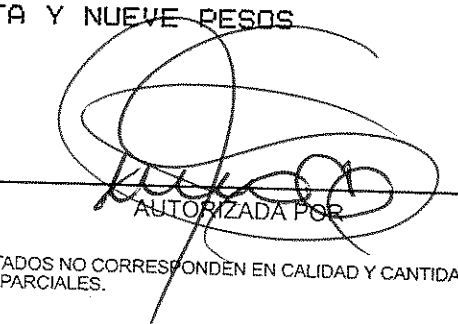
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

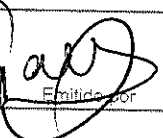
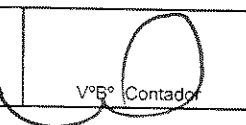
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TARJETERO VINILICO PARA 100 TARJETAS	1,025.00	6,150
23	CUADERNO OFICIO CUADRICULADO TORRE	799.00	18,377
6	PLUMON OHP M VERDE	500.00	3,000
6	PLUMON OHP M ROJO	500.00	3,000
6	PLUMON OHP M NEGRO	500.00	3,000
30	PAPEL IMAGEN (PARA DIPLOMAS) COLOR PASTEL X 25 HOJAS	3,060.00	91,800
6	PLUMON OHP M AZUL	500.00	3,000
3	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	8,100.00	24,300
100	CARPETA DE CARTON	65.00	6,500
10	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	69.00	690

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : CIENTO NOVENTA MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO	159,817
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	159,817
IVA	30,365
TOTAL FACTURA	190,182

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 11

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

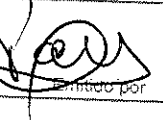

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	95.00	2,850
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	95.00	2,850
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	110.00	1,100
40	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	898.00	35,920
10	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T TRANSPARENTE	460.00	4,600
12	STICK FIX 40 gr. UHU		
8	PILAS AAA x 4	530.00	6,360
20	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	1,410.00	11,280
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	240.00	4,800
120	CAJA PARA ARCHIVO MENPHIS	95.00	1,900
		198.00	3,960

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

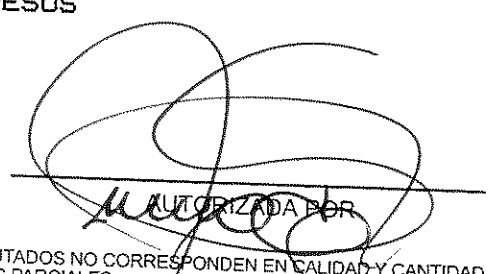
CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	75,620	1
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0	2
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	75,620	3
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	14,368	4
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	89,988	5
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			

MONTO : OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

	Solicitada por	VºBº presupuesto		VºBº Contador
---	----------------	------------------	---	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-10-2013 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TALONARIO VALES POR	205.00	1,640

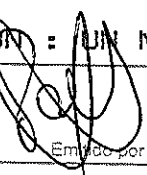
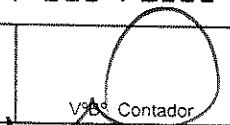
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

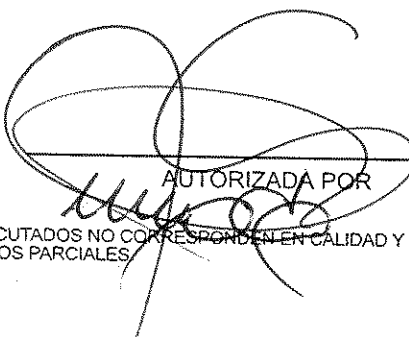
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	1,640
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,640
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	312
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,952

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

			
Empleador por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): TRANSPORTES JOSE NICOLAS MARIN MUNOZ E. I. R. L. 763216845

Dirección: JOS^{ff} JOAQUIN VALLEJOS # 1508 - E

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TRASLADO VECINOS Y FUNCIONARIOS	3,850,000.00	3,850,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425109 PASAJES Y FLETES ESTABLECIMIENTO	VALOR NETO	3,850,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,850,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	0
FORMA DE PAGO : INMEDIATA	TOTAL FACTURA	3,850,000

SON TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B° presupuesto	 V*B° Contador
---	--------------------	----------------------	-------------------

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): TRANSPORTES JOSE NICOLAS MARIN MUNOZ E. I. R. L. 763216845

Dirección: JOSE JOAQUIN VALLEJOS # 1508 - E

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TRASLADO FUNCIONARIOS	3,120,000.0	3,120,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425134 TRASLADO COMUNA GESTION
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : INMEDIATA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TRES MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS

VALOR NETO 3,120,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 3,120,000
 IVA 0
 TOTAL FACTURA 3,120,000

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CRISTIAN TALA MANRIQUEZ 075152892

Dirección: INGLATERRA 1436

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

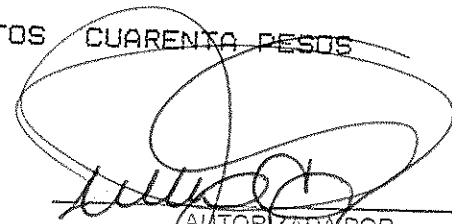
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	SET DE CUCHILLOS DE CERAMICA C/PLACA GR	29,900.00	1,196,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	1,196,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,196,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	227,240
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,423,240
CONDICION : UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B° presupuesto	 V*B° Contador
--	--------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.