



ORDEN DE COMPRA

Archivo

068707

FECHA: 26-11-2013

Señor(es): HOTEL ANTOFAGASTA S.A. 96884900K

Dirección: BALMACEDA 2575.

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	SERVICIO DE ALOJAMIENTO, ESPACIOS, SALONES, AUDIOVISUAL Y ALIMENTOS DESDE 02/01/14 AL 05/12/14	15,012,708.4	15,012,708

LA FACTURA DEBE 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 : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	15,012,708
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	15,012,708
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,852,415
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,865,123

SON : DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTITRES - 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.



ORDEN DE COMPRA

5-711

068706

26-11-2013

FECHA:

LAB-SOLUTIONS LTDA. 760938815

Señor(es):

AV. IRARRAZABAL 2821 OF/513

Dirección:

Teléfono: 2690725

At: Sr. VICTOR SANTANDER

**** 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	PLACA PETRI DESECHABLE ESTERIL 90 X 15 MM X 50 Ø UN	38,000.00	38,000
1	TUBO CENTRIFUGA 15 ML X 50 UN	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	44,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	44,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,360
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	52,360

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS

	MEMO # 24		
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

5-X^u

068705

26-11-2013

FECHA:

GALENICA S.A. 796220600

Señor(es):

AV. SALVADOR 1505

Dirección:

Teléfono: 2090768

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	LYPHOCHECK CHEMISTRY ASSAYED LEVEL 1 12X5 ML	246,355.00	492,710

LA FACTURA DEBE 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	492,710
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	492,710
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	93,615
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	586,325

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS

	MEMO # 24		
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

5/11

068704

26-11-2013

FECHA:

COMERCIAL A Y B S.A. 965609008

Señor(es):

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
1	SUERO ANTI A	3,700.00	3,700
1	SUERO ANTI B	3,700.00	3,700
1	SUERO ANTI AB	3,700.00	3,700

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	11,100
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	11,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,109
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,209
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : TRECE MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS		

	MEMO # 24		
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): COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS FADIMMED LTDA. 775945001

Dirección: LOS TREBOLES 263

Teléfono: 5591617

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.

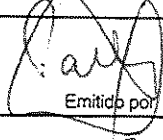
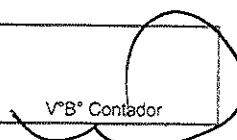
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
45	LINTERNA MEDICA MARCA RIESTER	10,066.00	452,970
45	MARTILLO DE REFLEJO	6,490.00	292,050

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	745,020
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	745,020
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	141,554
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA	886,574

SON : OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA 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.

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° 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
295	PETIDINA HCLD 100 MG 2 ML FLEX X 20 COMP	340.00	100,300



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.-

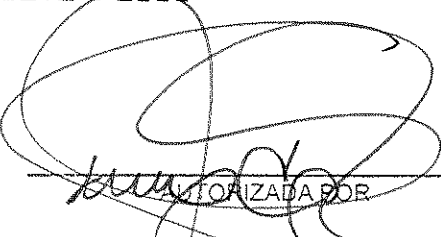
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	100,300
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	100,300
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,057
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	119,357

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA 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.

068701

26-11-2013

FECHA:

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.


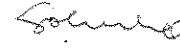


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CHROMAGAR ORIENTACION 1 X 5000 ML	68,000.00	68,000

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

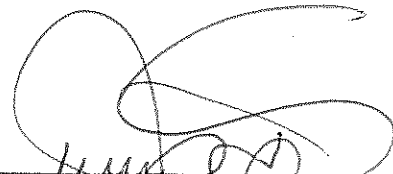
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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
PERSONA : OCHENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

VALOR NETO 68,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 68,000
IVA 12,920
TOTAL FACTURA 80,920

 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): BIOMERIEUX CHILE S.A. 966599200

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF. 603

Teléfono: 6342093

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	CHOC. POLYVITEX+ HEMOGLOB 10 PLACAS	5,450.00	5,450
12	AGAR COLUMBIA+ 5% SC 10 PLACAS	5,706.00	68,472
1	ARTHRI-SLIDEX CAJA X 100 DET	59,057.00	59,057

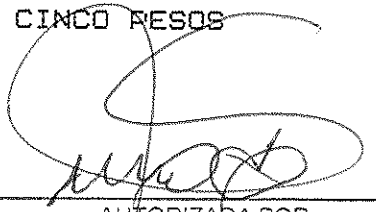
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	132,979
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	132,979
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	25,266
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	158,245
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

29-11

068699

26-11-2013

FECHA:

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
1	ANTI-COLI 0157 (K) ENTEROPATOGENO 1 ML	25,500.00	25,500
3	TORULA ASTA MADERA X 100 UN	4,900.00	14,700
1	REACTIVO DE BURROWS X 1L	12,900.00	12,900
1	CANASTILLO ALAMBRE GALVANIZADO	9,500.00	9,500
50	PORTAOBJETOS X 50 UN	1,500.00	75,000
10	TUBO VHS-ESR MONOSED A 1.28 ML X 100 UN	21,500.00	215,000
1	PLASMA CONTROL NIVEL 1	41,800.00	41,800
1	PLASMA CONTROL NIVEL 2	41,800.00	41,800

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	436,200
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	436,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	82,878
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	519,078
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
PERSON : QUINIENTOS DIECINUEVE MIL SETENTA Y OCHO 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.

FECHA: 26-11-2013

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**


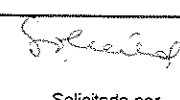

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PARAFILM M (4"X125 FT) 10 CM X 38 MT	22,600.00	22,600
8	CONT MUESTRAS (PP) 120 ML ESTERIL X 250 UN	34,000.00	272,000

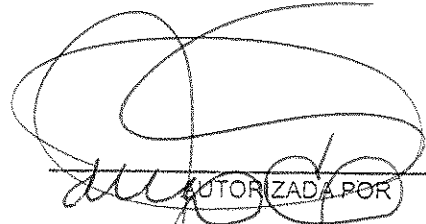
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	294,600
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	294,600
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	55,974
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	350,574
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MON : TRESCIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS SETENTA 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

29-XI

068697

26-11-2013

FECHA:

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 COAG CONTROL N+P	156,420.00	156,420
3	MAY GRUENWALD EN SOLUCION	17,425.00	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	299,091
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	299,091
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	56,827
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	355,918

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO 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.



ORDEN DE COMPRA

29-XI

068696

FECHA: 26-11-2013

Señor(es): VALTEK S.A. 795688501

Dirección: AVDA. MARATON 1943

Teléfono: 6541199

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	DESODORANTES AUTOCLAVES 10 UN	2,546.000	20,368

LA FACTURA DEBE 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	20,368
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	20,368
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,870
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,238

MON : VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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
3	SANGRE OCULTA CASSETTE 25 DET	29,250.00	87,750

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	87,750
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	87,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	16,673
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,423

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CIENTO CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTITRES 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): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar


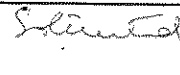


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	BAJALENGUA DESECHABLE DE MADERA	7.00	3,500
10	MASCARILLA CON ELASTICO	1,200.00	12,000
100	ADAPTADOR LUER	95.00	9,500
500	TUBO TAPA ROJA 9 ML CON ACTIVADOR DE LA COAGULACION	60.00	30,000


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	55,000
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	55,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	10,450
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,450
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068693

26-11-2013

FECHA:

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

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


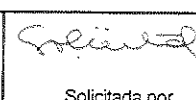

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4,000	AGUJA MULTIPLE 21G X 1 1/2"	45.00	180,000
3,000	TUBO PST VERDE 4 ML HEPARINA DE LITIO Y GEL SE PARADOR	77.00	231,000

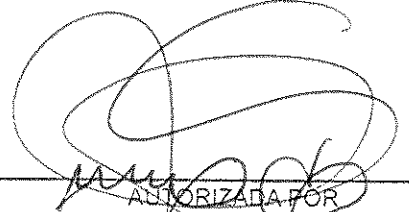
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	411,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	411,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	78,090
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	489,090
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVENTA 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

2971

068692

26-11-2013

FECHA:

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 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	CINTA URIGHT REACTIVAS GLICEMIA FCO 50 UN	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 - FONOS: 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
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS 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 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.: ** 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.


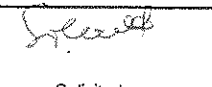
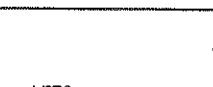

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GLUCOSA BEBIBLE FRASCO 290 ML SABOR NARANJA CA JA X 24	14,880.00	148,800

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

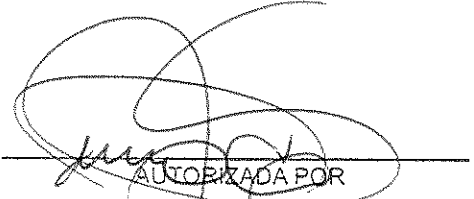
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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
 MONTO : CIENTO SETENTA Y SIETE MIL 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068690

26-11-2013

FECHA:

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° 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	ALCOHOL DESNATURALIZADO 70 FRASCO X 1 LT	1,278.00	30,672
12	ALCOHOL GEL 70	3,230.00	38,760
20	GUANTE DE PROCEDIMIENTO VINILO TALLA M	1,400.00	28,000
2,000	PARCHE CURITA	7.00	14,000

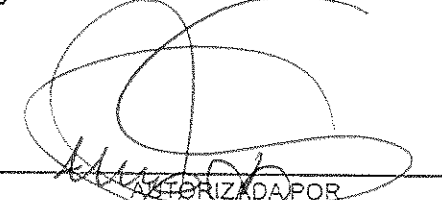
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	111,432
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	111,432
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,172
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	132,604
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CIENTO TREINTA Y DOS 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.

Señor(es): BIOSYSTEMS DIAGNOSTICS S.P.A. 761633465

Dirección: AV. GRACIA N° 1810

Teléfono: 2382399

At.: Sr.: FONDO 22394979

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



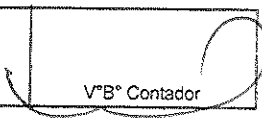
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PREVECAL BIOQUIMICA HUMANA	165,000.00	165,000

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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	165,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	165,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	31,350
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	196,350
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA/POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

29-71

068688

FECHA: 26-11-2013

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) 5ug 250 DISCOS	8,150.00	8,150
1	SULFA/TRIMETOPRIM (SXT) 25ug 250 DISCOS	8,150.00	8,150
1	CEFALOTINA CLSI (KF) 30ug 250 DISCOS	8,150.00	8,150
1	GENTAMICINA (GN) 10ug 250 DISCOS	8,150.00	8,150
1	AMOX/AC CLAVULANICO (AMC) 30ug 250 DISCOS	8,150.00	8,150
1	CEFEPIME (FEP) 30ug 250 DISCOS	8,150.00	8,150

LA FACTURA DEBE 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	48,900
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	48,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,291
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,191
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA 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.

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr. JOANA RAVERA

**** 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
3,000	COD 755127 HEMOGARD PLUS LILA 3 ML EDTA	56.42	169,260
300	COD 755143 HEMOGARD PL AMARILLO 3.5 M	77.28	23,184
500	COD 755069 HEMOGARD PL GRIS 4 ML OX FLUO	65.01	32,505
200	COD 755070 HEMOGARD PL ROJO 4 ML C/ADIT	56.42	11,284

LA FACTURA DEBE 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	236,233
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	236,233
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	44,884
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	281,117

MONTO : DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO DIECISIETE 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.

26-11-2013

FECHA:

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.


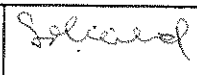

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	NA OH DETERGENTE X 1.8 L	117,710.00	235,420
10	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS TERMICAS X 2000 UN	10,190.00	101,900
4	ACIDO URICO UA GEN 2 400 TEST COBAS C INTEGRA	33,560.00	134,240
1	ALBUMINA ALB BCG GEN 2 300 TEST COBAS C INT	23,536.00	23,536
3	BILIRRUBINA DIRECTA DIL-D GEN 2 350 TEST COBAS C INTEGRA	32,104.00	96,312
5	BILIRRUBINA TOTAL BIL-T DPD GEN 2 250 TEST COBAS C INT	35,000.00	175,000
1	CALCIO CA GEN 2 COBAS INTEGRA REF 5061482190 300 TEST	27,480.00	27,480
10	HDL COLESTEROL HDL-C GEN 3 200 TEST COBAS C INTEGRA	111,368.00	1,113,680
5	COLESTEROL CHOL HICO GEN 2 400 TEST COBAS C INTEGRA	22,104.00	110,520
5	CREATININA CREAJ GEN 2 700 TEST COBAS C INTEGRA	24,032.00	120,160
4	FOSFATASA ALCALINA ALP IFCC GEN 2 X 400 TEST	31,592.00	126,368
1	FOSFORD PHOS GEN 2 250 TEST COBAS C INTEGRA	19,584.00	19,584
5	GAMA GT GGT GEN 2 400 TEST COBAS C INTEGRA	36,600.00	183,000
4	GLUCOSA GLUC HK GEN 3 800 TEST COBAS C INTEGRA	71,416.00	285,664
3	GOT ASTL 500 TEST COBAS C INTEGRA	47,368.00	142,104
3	GPT ALTL 500 TEST COBAS C INTEGRA	47,368.00	142,104
1	PROTEINAS URINARIAS TPUC GEN 2 150 TEST COBAS C INTEGRA	34,688.00	34,688
10	TRIGLICERIDOS TRIGL 250 TEST COBAS C INTEGRA	69,528.00	695,280
3	UREA UREAL 500 TEST COBAS C INTEGRA	46,160.00	138,480
1	PROTEINA C REACTIVA CRP GEN 3 250 TEST COBAS C	131,333.00	131,333
4	NAOH CLEAN CAS 1. C501/C311	8,622.00	34,488
1	STANDARD INTERNO ISE II GEN 2 C501	81,756.00	81,756

LA FACTURA DEBE 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	4,153,097
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,153,097
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	789,088
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,942,185

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y 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 USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 26-11-2013

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

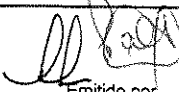
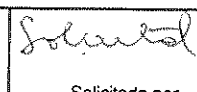

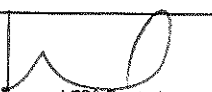
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	URISYS CASSETTE KIT 400 DET	114,931.00	459,724
15	MICROALBUMINURIA ALB-T TQ GEN.2 100 TEST COBAS C INT	96,280.00	1,444,200
6	HBA1C TQ GEN.3 150 TEST COBAS C 501	244,344.00	1,466,064
1	HBA1C TQ HAEMOLYZING RGT COBAS C	49,728.00	49,728
1	STANDARD BAJO HIT/COBAS	49,698.00	49,698
1	STANDARD ALTO HIT/COBAS	49,698.00	49,698
2	HCG+BETA II ELECSYS COBAS E X 100	174,909.00	349,818
1	FSH ELECSYS COBAS E X 100	176,190.00	176,190
4	TOTAL PSA GEN 2.1 ELECSYS COBAS E X 100	274,533.00	1,098,132

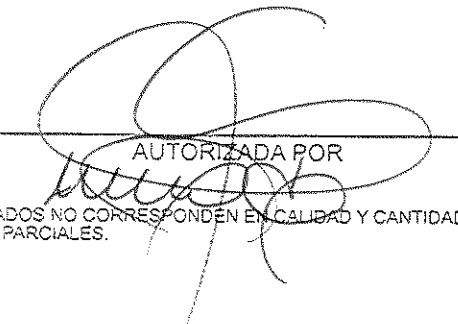
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	5,143,252
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	5,143,252
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	977,218
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,120,470
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : SEIS MILLONES CIENTO VEINTE MIL CUATROCIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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	LEPUNEX 100 MG X 30 COMPRIMIDOS	31,395.00	125,580

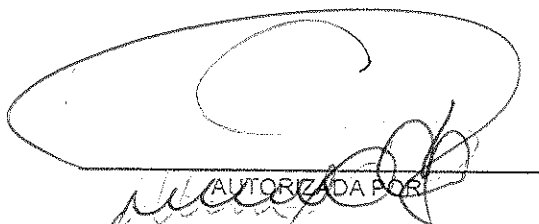
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA DESTINO : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	125,580
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	DESCUENTO 0.0	0
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	SUB-TOTAL	125,580
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	IVA	23,860
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA	149,440

SON : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



ORDEN DE COMPRA

28-K1

068681

26-11-2013

FECHA:

NOVARTIS CHILE S.A. 83002400K

Señor(es):

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
1	TORECAN 6.5 MG X 100 AMPOLLAS	55,009.00	55,009

LA FACTURA DEBE 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	55,009
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	55,009
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,452
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,461

SON : SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN 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 CORRESPONDE EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

28-11

068679

26-11-2013

FECHA:

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
12	VIADIL SIMPLE 5MG / 1 MG X 100 AMP	40,500.00	486,000

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 factorización del pago de este documento.~~

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	486,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	486,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	92,340
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	578,340

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS 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
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES/



ORDEN DE COMPRA

10-X¹¹

068678

26-11-2013

FECHA:

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
2,000	HOJAS CARTAS CON LOGO	95.00	190,000
2,000	TARJETAS RADIOGRAFIA	65.00	130,000

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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	320,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	320,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	60,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	380,800
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : TRESCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS		

	MEMO # 280		
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 CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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
300	HIPOGLUCIN AD X 30 CM	960.00	288.000


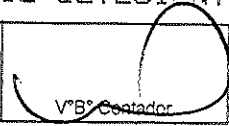
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

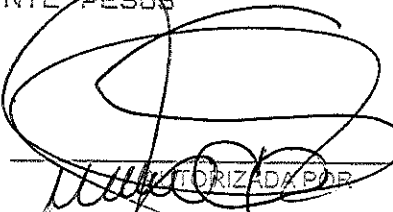
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	288,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	288,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	54,720
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	342,720

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS

 Emiteo 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.

068676

FECHA: 26-11-2013

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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.

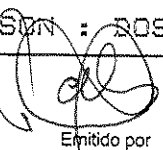
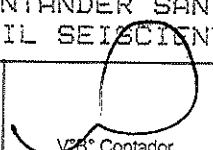
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
250	HIPOGLUCIN DA X 30 CM	960.00	240,000

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

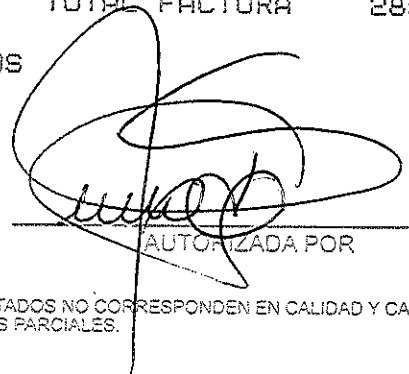
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	240,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	240,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	45,600
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	285,600

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO 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 LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

10-x11

068675

FECHA: 26-11-2013

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr. PEDRO CAJAS

**** 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	HP PROBOOK 450 G1 CORE i5-4200M 8GB/750GB 15.6 " DVDRW W7 P64	509,000.0	509,000

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 : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	509,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	509,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	96,710
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	605,710

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS

	MEMO# 1169		
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): MARCO HERRERA VELARDE 11607768K

Dirección: JOAQUIN EDWARDS BELLO 8992

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	TRASLADO ALUMNOS A SAN CARLOS DE APOQUINDO	2,080,000.00	2,080,000

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 : 424244	TRASLADO ALUMNOS	VALOR NETO	2,080,000
DESTINO : DEPARTAMENTO	EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	2,080,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960		IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	2,080,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOS MILLONES OCHENTA 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

068673

26-11-2013

FECHA:

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° 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	METRONIDAZOL 500 MG X 500 COMP	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	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	44,350
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	44,350
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	8,427
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	52,777

MONEDA: CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE 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

26-X1/

068671

FECHA: 26-11-2013

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

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	AGUA TONICA NORDIC 1.5 LTS	1,113.00	55,650

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 : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR NETO : 55,650
 DESCUENTO 0.0 : 0
 SUB-TOTAL : 55,650
 IVA : 10,574
 TOTAL FACTURA : 66,224
 MON : SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

VALOR NETO 55,650
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 55,650
 IVA 10,574
 TOTAL FACTURA 66,224

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: 26-11-2013

Señor(es): COMERCIAL TOTALPACK LTDA. 79948840K

Dirección: SAN IGNACIO 1583

Teléfono: 5545708

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	KIT DE TURNO SIMPLE - INCLUYE INSTALACION	209,500.00	209,500



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.-

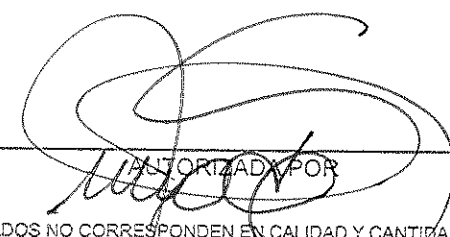
CUENTA : 431118 MAQ.Y EQ.OFICINA	VALOR NETO	209,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	209,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	39,805
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	249,305

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCO PESOS

 Emitido por	MEMO # 1152 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

068655

10 x 11

16-11-2013

FECHA:

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

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

de Fecha

sírvase despachar

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.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ENMARCACIONES CON VIDRIO DIFERENTES TAMAÑOS	22,000.00	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: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 425124 GASTOS TERMINO DE AÑO	VALOR NETO	66,000
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	66,000
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	12,540
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,540
MON : SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS 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: 19-11-2013

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 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	APOYA PIES KENSINGTON SOLEMASSES 5 POSICIONES	12,667.00	25,334


LA FACTURA DEBE 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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	25,334
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	25,334
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	4,813
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,147
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : TREINTA MIL CIENTO CUARENTA Y SIETE PESOS		

	MEMO #300	
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

26-XI

068644

19-11-2013

FECHA:

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 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	SEPARADOR OFICIO 6 POSICIONES TORRE	638.00	19,140
15	FUNDA PLASTICA OFICIO X 100 UN	1,500.00	22,500
10	ARCHIVADOR OFICIO LOMO ANGOSTO	1,627.00	16,270
10	ARCHIVADOR OFICIO LOMO ANCHO	1,898.00	18,980

LA FACTURA DEBE 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	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	76,890
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	76,890
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	14,609
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	91,499

SON : NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

	MAIL		
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

068653

26-11

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): COMERCIAL E IMPORTADORA AUDIOMUSICA S.A. 965799206

Dirección: UNION LITERARIA 2052

Teléfono: 3752901

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	WK220 TECLADO CON FUENTE CASIO COD 1094942	151,197.4	151,197
1	XP40IW CAJA ACTIVA CON MICROFONO SAMSON COD 1096799	125,987.3	125,987
1	GA3ECE GUITARRA ELECTRICA ACUSTICA COD 0200753	83,950.4	83,950

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 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 431106 EQ. E INST.AUDIOVISUAL	VALOR NETO	361,135
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	361,135
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	68,616
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	429,751

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

	MEMO# 1206		
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.



ORDEN DE COMPRA

76-XI

068652

MEJOR PARA TODOS
FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): ARTICULOS DEPORTIVOS SIDERAL LTDA. 770607205

Dirección: AV. B. O'HIGGINS 3409

Teléfono: 7763323

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	UNIGOL	52,857.14	105,714

LA FACTURA DEBE 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 : 424159	EQUIPAMIENTO EXTRAESCOLAR	VALOR NETO	105,714
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	PROMOCION DE LA SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	105,714
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207		IVA	20,086
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	125,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : CIENTO VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS 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.

068651

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): ARTICULOS DEPORTIVOS SIDERAL LTDA. 770607205

Dirección: AV. B. O' HIGGINS 3409

Teléfono: 7763323



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	MESA DE PING PONG MARCA AGM PEGABLE CON RUEDAS 15 MM	103,361.34	103,361

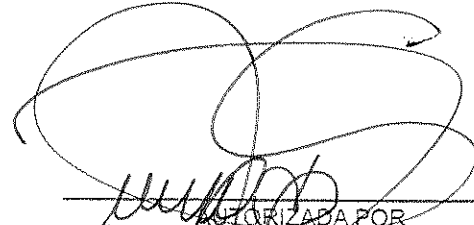
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	103,361
DESTINO : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	103,361
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	19,639
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	123,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO VEINTITRES MIL PESOS		

	MEMO # 63		
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.

068650

19-11-2013

FECHA:

LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

Señor(es):

ZENTENO 1276

Dirección:

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
3	CIANOCOBALAMINA 0.1 MG CAJA X 100	5,500.00	16,500
3	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG CAJA X 100	6,800.00	20,400
3	TIAMINA CLORHIDRATO 30 MG CAJA X 100	5,800.00	17,400


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	54,300
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	54,300
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	10,317
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	64,617
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISIETE 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

24-X/1

068648

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): CONFECCIONES MANUEL ALEJANDRO FLNER CANCINO E. I. R. L. 761784943

Dirección: LAS MORAS 546

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
7	SET UNIFORMES DE VERANO PARA FUNCIONARIAS ADMINISTRATIVAS	82,000.00	574,000

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	574,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	574,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	109,060
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y 50% CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	683,060
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SESENTA PESOS		

	MEMO#274		
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.

068647

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): CONFECCIONES MANUEL ALEJANDRO FLNER CANCINO E. I. R. L. 761784943

Dirección: LAS MORAS 546

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
22	SET UNIFORMES DE VERANO PARA FUNCIONARIAS ADMINISTRATIVAS CESFAM APOQUINDO	82,000.0	1,804,000



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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,804,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,804,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	342,760
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y 50% CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	2,146,760

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

	MEMO # 1263		
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 22.11.13

068646

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): SERVICIOS Y REPRESENTACIONES PINMANIA LTDA 783475804

Dirección: AVDA ZAPADORES 141

Teléfono: 2622 8581

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
370	PIN CALIDAD ESTAMPADO, TROQUEL EXTERNO, BROCHE AMERICANO CON MARIPOSA 29MM FOTOGRAFADO	2,500.00	925,000

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 ATO	VALOR NETO	925,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	925,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	175,750
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,100,750

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON CIEN 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 LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: CERRO EL ROBLE 9661

Teléfono: 7471009

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
60	CONTENEDORES PRO-01	697.00	41,820
20	SOPORTE PRO-01	1,627.00	32,540
30	CONTENEDORES PRO-03	1,185.00	35,550
4	SOPORTE PRO-03	1,859.00	7,436
48	CONTENEDORES PRO-06	2,045.00	98,160
8	SOPORTE PRO-06	2,091.00	16,728

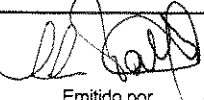

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	232,234
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	232,234
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	44,124
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	276,358

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

	MEMO # 1141		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

Señor(es): GALENICA S.A. 796220600

Dirección: AV. SALVADOR 1505

Teléfono: 2090768

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.


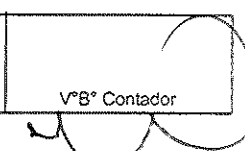
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIQUICHECK IMMUNOASSAY PLUS CONTROL TRILEVEL	241,120.00	241,120

LA FACTURA DEBE 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

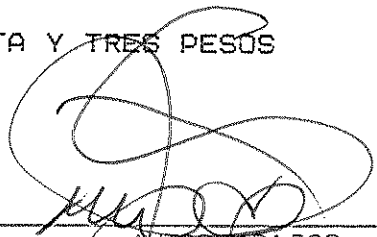
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	241,120
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	241,120
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	45,813
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	286,933

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

	MAIL		
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

26-41

068639

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono:

6295384

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

At.: Sr.:

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
10	VONTROL 27.5 MG X 50 COMP	11,200.00	112,000

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	112,000
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	112,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	21,280
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	133,280

MONTO: CIENTO TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA 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

Env 21.11.13

068638

FECHA: 19-11-2013

Señor(es): LATAM AIRLINES GROUP S.A. 898622002

Dirección: A. VESPUCIO 901

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
71	PASAJE AEREO IDA 02/01/14 SANTIAGO SCL - ANTOF ABASTA ANF 0830 // 1035 HS VUELTA ANTOFAGAST A ANF SANTIAGO SCL 05/01/14 1200 // 1350 CODI 60 DE RESERVA KLDHXM	205,568.0	14,595,328

LA FACTURA DEBE 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	: 421113 PERFEC.Y CAPACITACION	VALOR NETO	14,595,328
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	14,595,328
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,595,328

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CATORCE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO - 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

21-X1

068637

FECHA: 19-11-2013

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

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

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	REFRIGERADOR SAMSUNG RT29FARHD SP/ZS 302 LTS	226,882.35	226,882

LA FACTURA DEBE 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	226,882
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	226,882
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	43,108
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	269,990

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

	MEMO # 832		
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.



068636

19-11-2013

FECHA:

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
10	GRADILLA BIOSEGURIDAD IMPROSAFE 100 TUBOS 13 X 75 MM	29,500.00	295,000

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	VALOR NETO	295,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	295,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	56,050
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	351,050

MONTO : TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068635

FECHA: 19-11-2013

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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	CLONAZEPAN 0,5 MG x 1000	16,000.00	256,000

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
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

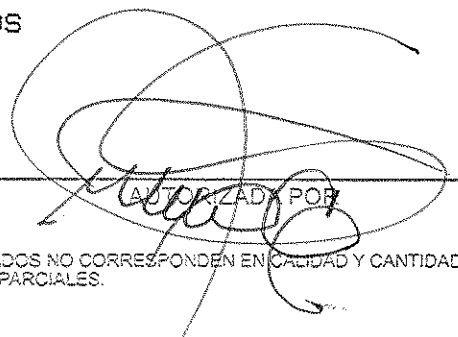
VALOR NETO 256,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 256,000
 IVA 48,640
 TOTAL FACTURA 304,640

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOL: TRESCIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA 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

25-XI

068634

19-11-2013

FECHA:

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° 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	ALPRAZOLAM 0,5 por 30	186.00	37,200

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	37,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,068
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,268

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Santader

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): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

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

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


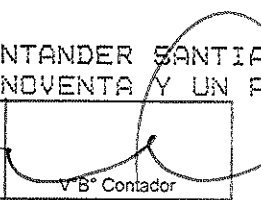
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	FENOBARBITAL 100 MG por 1000	18,900.00	18,900

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 - FONCO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

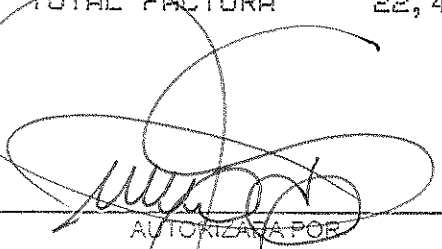
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	18,900
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,591
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,491

VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

20-X)

068632

FECHA: 19-11-2013

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

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
29	METILFENIDATO 10MG X 100 COMP	19,500.00	565,500

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	565,500
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	565,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	107,445
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	672,945

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA 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

2011

068631

FECHA: 19-11-2013

Señor(es): NESTLE CHILE S.A. 907030008

Dirección: ROGER DE FLOR 2800

Teléfono: 3375422

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
25	NESSUCAR 550 GRS CAJA X 12	30,000.00	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 : 424101	MEDICAMENTOS PROGRAMA SALUD MENT	VALOR NETO	750,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	750,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611		IVA	142,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	892,500
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
SON : OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS 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 CANTIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

20-X/

068630

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): NESTLE CHILE S.A. 907030008

Dirección: ROGER DE FLOR 2800

Teléfono: 3375422

At: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha 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
13	NAN 1 DE 400 GRS CAJA X 24	75,840.00	985,920
7	NESSUCAR DE 550 GRS CAJA X 12	30,000.00	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 424101	MEDICAMENTOS PROGRAMA SALUD MENT	VALOR NETO	1,195,920
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0		0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL		1,195,920
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA		227,225
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA		1,423,145

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL CIENTO CUARENTA 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 CANTIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068629

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): COMERCIAL DEVALE LTDA 783765101

Dirección: AVDA PROVIDENCIA 2653 LOCAL 40

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	SONDA COLORVUE NORTE CAROLINA PCVNCKIT12	63,494.96	63,495
1	IMPLANT MANTENIMIENTO IMPLACAREA KIT	33,257.14	33,257



LA FACTURA DEBE 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 factorización del pago de este documento.~~

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 96,752
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 96,752
 IVA 18,383
 TOTAL FACTURA 115,135

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CIENTO QUINCE MIL CIENTO TREINTA Y CINCO 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068627

FECHA: 19-11-2013

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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.

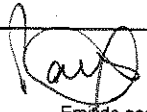
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
26	GLIFORTEK G 500 G X 5 MG X 1000 COMP	18,000.00	468,000

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

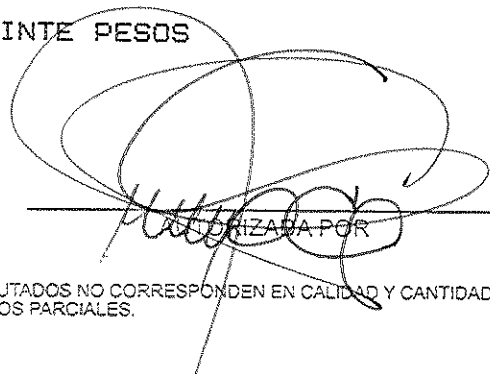
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	468,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	468,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	88,920
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	556,920

MONTO : QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

			
Emiso 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

20-X

068626

FECHA: 19-11-2013

Señor(es): CRISTIAN CAMUS VALVERDE LTDA. 760023582

Dirección: LA AURORA 1027

Teléfono: 2202584

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
6	ELECTRODOS 5 X 5 CM (4UN)	5,000.00	30,000
6	ELECTRODOS 5 X 9 CM (4UN)	5,300.00	31,800

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	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	61,800
DESTINO	: CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	61,800
LUGAR ENTREGA	: RIO LOA 8350	IVA	11,742
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	73,542

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS SILESLIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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.

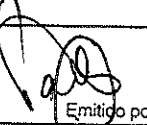
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	GLIFORTEK G 500 G X 5 MG X 1000 COMP	18,000.00	162,000

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 - FONCO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	162,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	162,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	30,780
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	192,780

SON : CIENTO NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

068622

19-11-2013

FECHA:

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA LIBERONA S.A. 760074748

Dirección: SANTA MONICA N° 03550 PARQUE IND. PUERTA

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	SILLA ADMINISTRATIVA CON BRAZOS REGULABLES, RE SPALDO ALTO	62,400.00	62,400

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: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 122101 MUEBLES, UTILES Y ENS.DE OFICINA	VALOR NETO	62,400
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 5.0	3,120
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	59,280
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	11,263
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	70,543

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Coñador

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

068601

13-11-2013

FECHA:

Señor(es): MARCELA ANDREA RIVEROS GONZALEZ 130906567

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono: 5542526

At.: Sr.: MARCELA

** 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	DIPLOMAS IMPRESOS 2 COLORES PAPEL COUCHE	1,980.00	396,000
200	DIPLOMAS LICENCIA ENSEANZA MEDICA COUCHE CON CUNO	3,100.00	620,000

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-D	VALOR NETO	1,016,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,016,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	193,040
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,209,040

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON DOSCIENTOS NUEVE MIL 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.

068600

FECHA: 13-11-2013

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.

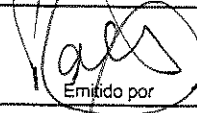
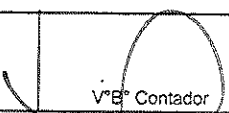
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MINI PERSIANAS DE ALUMINIO 25 MM INSTALADAS	133,076.00	133,076

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

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

FECHA: 13-11-2013

Señor(es): GRAFIKA NAHUEL S.A. 76709910K

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

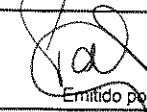
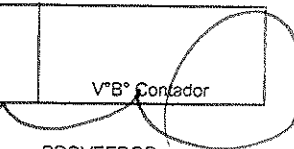
At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	LICENCIA DE ENSEANZA MEDIA	252.10	12,605
50	LICENCIA DE ENSEANZA BASICA	252.10	12,605
50	CERTIFICADO TIPO DIPLOMA CARACOL	252.10	12,605


LA FACTURA DEBE 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	37,815
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 10.0	3,782
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	34,033
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	6,466
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,499
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA 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.

FECHA: 13-11-2013

Señor(es): GRAFIKA NAHUEL S.A. 76709910K

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871


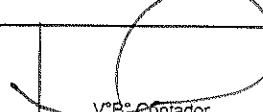
At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	LICIENCIA DE ENSEANZA MEDIA	210.08	42,016
100	LICENCIA DE ENSEANZA MEDIA	210.08	21,008
100	DIPLOMA DE HONOR SIMPLE 180 GRS	151.26	15,126

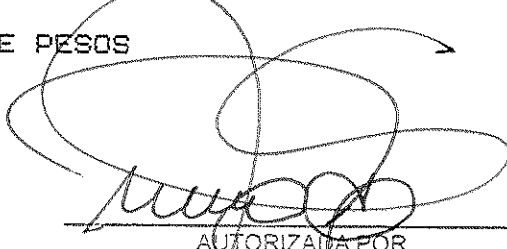
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	78,150
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 10.0	7,815
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	70,335
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	13,364
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,699
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA 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.

Señor(es): GRAFIKA NAHUEL S.A. 76709910K

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

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.


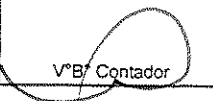
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
150	LICENCIA DE ENSEANZA BASICA	210.08	31,512
150	CERTIFICADO TIPO DIPLOMA LOCOMOTORA	210.08	31,512

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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

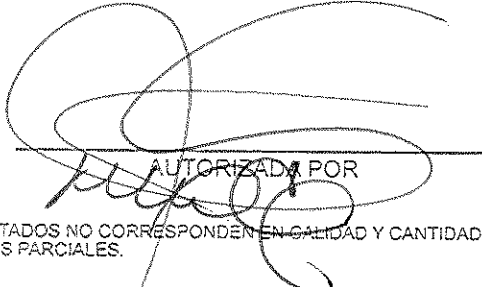
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	63,024
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 10.0	6,302
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	56,722
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	10,777
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,499

SON : SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA 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.

068596

FECHA: 13-11-2013

Señor(es): GRAFIKA NAHUEL S.A. 76709910K

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

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
45	LICENCIA DE ENSEANZA MEDIA	252.10	11,345
75	LICENCIA DE ENSEANAZA BASICA	252.10	18,908
65	CERTIFICADO TIPO DIPLOMA PAYASO	252.10	16,387


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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

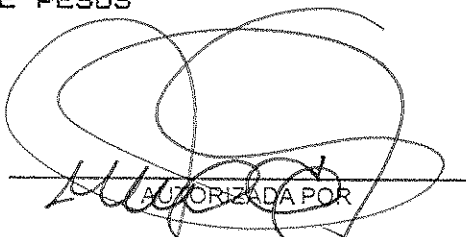
CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	46,639
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 10.0	4,664
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	41,975
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	7,975
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA 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.

068595

FECHA: 13-11-2013

Señor(es): GRAFIKA NAHUEL S.A. 76709910K

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

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.

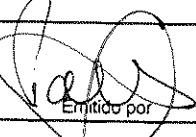
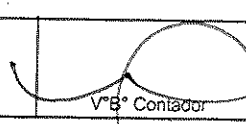
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	DIPLOMA DE HONOR SIMPLE 180 GRS	168.07	8,404
35	LICENCIA DE ENSEANAZA MEDIA	252.10	8,824
70	LICENCIA DE ENSEANAZA BASICA	252.10	17,647
10	DIPLOMA PARA PARVULOS 180 GRS	378.15	3,782
50	CERTIFICADO TIPO DIPLOMA PAYASO	252.10	12,605

LA FACTURA DEBE 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

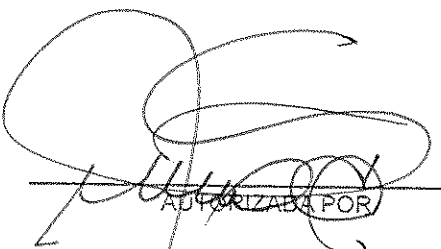
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	51,261
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 10.0	5,126
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	46,135
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	8,766
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,901
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS PESOS

 Emitted by	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: 13-11-2013

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
8	TSH ELECYS COBAS E X 200	263,963.00	2,111,704
3	ELECSYS PRECLEAN M COBAS E	145,830.00	437,490
3	ELECSYS CLEANCELL MOD/E 601	85,806.00	257,418
3	ELECSYS PROCELL MOD/E601	85,806.00	257,418
3	FT4 G2 ELECSYS COBAS E 200	249,522.00	748,566

LA FACTURA DEBE 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

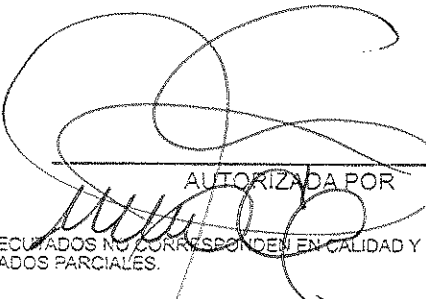
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	3,812,596
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,812,596
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	724,393
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,536,989
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTA 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.

Señor(es): TRANSPORTES JOSE NICOLAS MARIN MUNOZ E. I. R. L. 763216845

Dirección: JOSÉ JOAQUIN VALLEJOS # 1508 - E Teléfono:

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

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


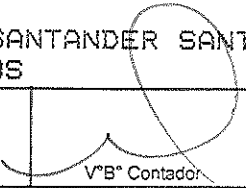
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TRASLADO FUNCIONARIOS CONSULTORIO APOQUINDO A LITORAL CENTRAL	280,000.00	280,000

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

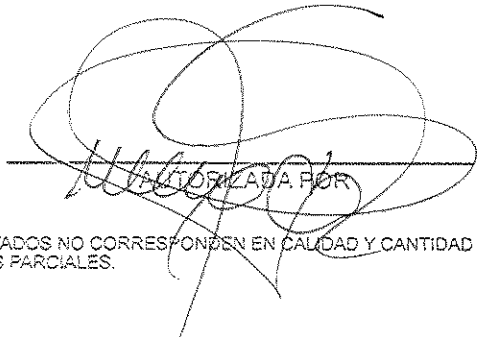
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	280,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	280,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	0
FORMA DE PAGO : CONTADO	TOTAL FACTURA	280,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS OCHENTA 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): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

At.: Sr. ELENA CHAVEZ

**** 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
28	COD 88420 PIANO SOFT BABY TV	11,610.00	325,080
19	COD 82570 CORREPASILLO RETRO	11,610.00	220,590
14	COD 67709 SET DE OLLAS METALICAS	10,860.00	152,040
8	COD 58351 PISTA TREN R/C	11,610.00	92,880
9	COD 73083 MUNECA 30 CM QUE BRINCA CON CUNA Y ACCESORIOS	12,222.00	109,998
26	COD 98027 FLIPPER ELECTRONICO TRANSFORMERS	13,446.00	349,596
18	COD 70416 MAQUINA HACER HELADOS HELLO KITTY	12,222.00	219,996
18	COD 60453 BATERIA TOUCH	10,998.00	197,964
7	COD 52094 MORRAL PARA COLOREAR	5,430.00	38,010
7	COD 52191 SET CREACIONES 2 EN 1	5,430.00	38,010
15	COD 88161 TELESCOPIO ASTRONOMICO DISCOVERY CHANNEL	10,998.00	164,970
13	COD 5010 ALISADOR Y SECADOR DE PELO HELLO KITTY	10,590.00	137,670
13	COD 72893 SET REPRODUCTOR MP3 2GB	13,446.00	174,798


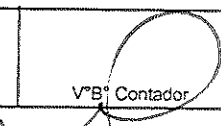
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

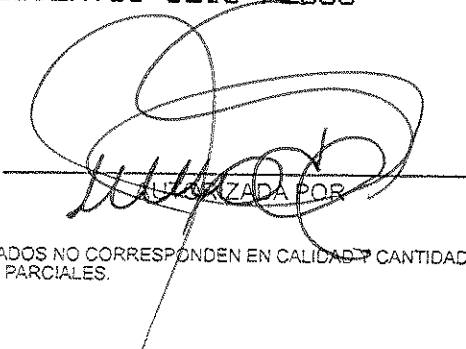
CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	2,221,602
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,221,602
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	422,104
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,643,706

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

At.: Sr. ELENA CHAVEZ

**** 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
25	COD 88420 PIANO SOFT BABY TV	11,610.00	290,250
35	COD 82570 CORREPASILLO RETRO	11,610.00	406,350
24	COD 67709 SET DE OLLAS METALICAS	10,860.00	260,640
18	COD 58351 COD PISTA TREN R/C	11,610.00	208,980
14	COD 73083 MUNECA 30 CM QUE BRINCA CON CUNA Y ACCESORIOS	12,222.00	171,108
37	COD 98027 FLIPPER ELECTRONICO TRANSFORMERS	13,446.00	497,502
30	COD 70416 MAQUINA HACER HELADOS HELLO KITTY	12,222.00	366,660
22	COD 60453 BATERIA TOUCH	10,998.00	241,956
26	COD 52094 MORRAL PARA COLOREAR	5,430.00	141,180
26	COD 52191 SET CREACIONES 2 EN 1	5,430.00	141,180
33	COD 88161 TELESCOPIO ASTRONOMICO DISCOVERY CHANNEL	10,998.00	362,934
20	COD 5010 ALISADOR Y SECADOR DE PELO HELLO KITTY	10,590.00	211,800
18	COD 72893 SET REPRODUCTOR MP3 2GB	13,446.00	242,028

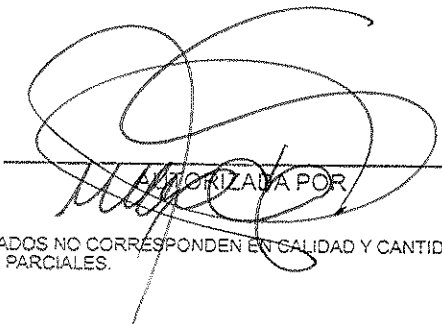
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	3,542,568
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,542,568
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	673,088
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,215,656
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUATRO MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL SEISCIENTOS PESOS	CINCUENTA Y SEIS -	

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

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.

068589

FECHA: 13-11-2013

Señor(es): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

At.: Sr. ELENA CHAVEZ
 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
2	COD 88420 PIANO SOFT BABY TV	11,610.00	23,220
2	COD 82570 CORREPASILLO RETRO	11,610.00	23,220
2	COD 67709 SET DE OLLAS METALICAS	10,860.00	21,720
2	COD 58351 PISTA TREN R/C	11,610.00	23,220
2	COD 73083 MUNECA 30 CM QUE BRINCA CON CUNA Y ACCESORIOS	12,222.00	24,444
4	COD 98027 FLIPPER ELECTRONICO TRANSFORMERS	13,446.00	53,784
4	COD 70416 MAQUINA HACER HELADOS HELLO KITTY	12,222.00	48,888
2	COD 60453 BATERIA TOUCH	10,998.00	21,996
2	COD 52094 MORRAL PARA COLOREAR	5,430.00	10,860
2	COD 52191 SET CREACIONES 2 EN 1	5,430.00	10,860
2	COD 88161 TELESCOPIO ASTRONOMICO DISCOVERY CHANNEL	10,998.00	21,996
2	COD 5010 ALISADOR Y SECADOR DE PELO HELLO KITTY	10,590.00	21,180
2	COD 72893 SET REPRODUCTOR MP2 2GB	13,446.00	26,892



LA FACTURA DEBE 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. -

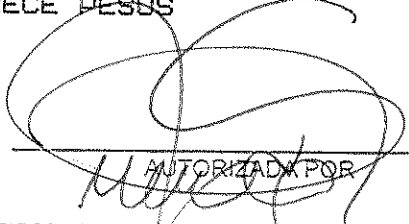
CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE AÑO	VALOR NETO	332,280
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	332,280
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	63,133
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	395,413

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TRECE 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.

Señor(es): ANSALDO S. A. 800439000

Dirección: AVDA. AMERICO VESPUCIO SUR 685

Teléfono: 2775012

At.: Sr. ELENA CHAVEZ
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
1	COD 88420 PIANO SOFT BABY TV	11,610.00	11,610
1	COD 82570 CORREPASILLO RETRO	11,610.00	11,610
2	COD 67709 SET DE OLLAS METALICAS	10,860.00	21,720
3	COD 98027 FLIPPER ELECTRICO TRANSFORMERS	13,446.00	40,338
2	COD 70416 MAQUINA HACER HELADOS HELLO KITTY	12,222.00	24,444
2	COD 60453 BATERIA TOUCH	10,998.00	21,996
1	COD 52094 MORRAL PARA COLOREAR	5,430.00	5,430
1	COD 52191 SET CREACIONES 2 EN 1	5,430.00	5,430
1	COD 88161 TELESCOPIO ASTRONOMICO DISCOVERY CHANNEL	10,998.00	10,998
2	COD 72893 SET REPRODUCTOR MP3 2GB	13,446.00	26,892



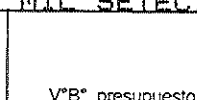
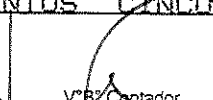
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

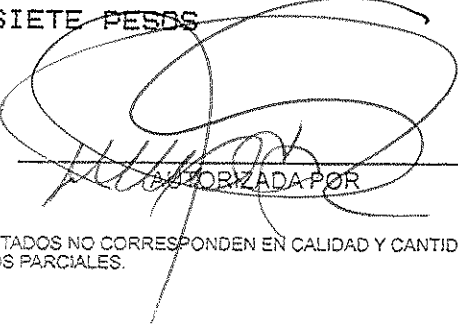
CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	180,468
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	180,468
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	34,289
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	214,757

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE 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.

068587

FECHA: 13-11-2013

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA LIBERONA S.A. 760074748

Dirección: SANTA MONICA N° 03550 PARQUE IND. PUERTA

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	MOBILIARIO SECRETARIA DIRECCION CESFAM APOQUINDO - MUEBLE ESPECIAL, ESTANTE SUPERIOR CON 32 DIVISIONES, CUERPO COMPLETO EN MELAMINA,	416,973.00	416,973

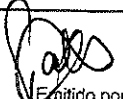
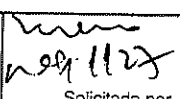

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 424257 MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA	VALOR NETO	416,973
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	416,973
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	79,225
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	496,198

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO NOVENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-11-2013

Señor(es): INTERMA CLIMATIZACION Y MULTISERVICIOS S.A. 769663304

Dirección: TENIENTE BISON 502

Teléfono: 7776685

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

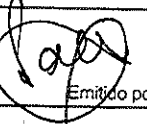
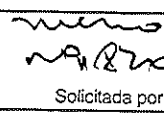
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AIRE ACONDICIONADO SPLIT MARCA ANWO 9000 BTU. INCLUYE INSTALACION - TOTAL 15.77 UF ; UF 2322 5.04 DE FECHA 15/11/13	366,258.88	366,259

LA FACTURA DEBE 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

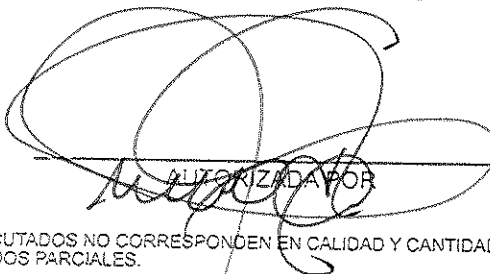
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS	VALOR NETO	366,259
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	366,259
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	69,589
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	435,848

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA 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.

FECHA: 13-11-2013

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 acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

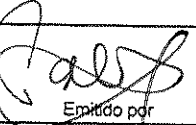
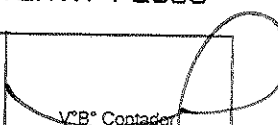
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	JUGO NATURAL 1.5 LT WATTS	943.00	18,860
1	TENEDOR PLASTICO X 100 UN BLANCO	768.00	768
5	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO X 20 UN	352.00	1,760
4	VASO DESECHABLE 350 ML 12 ONZ X 25 UN BLANCO	340.00	1,360
2	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA 50 UN	210.00	420

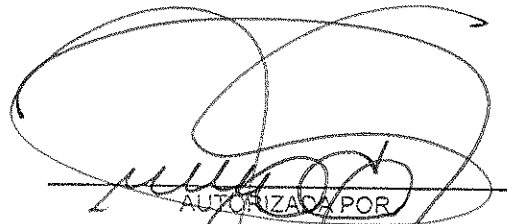
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	23,168
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	23,168
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	4,402
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,570
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTISIETE 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 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 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.

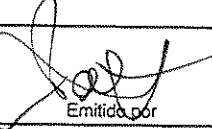
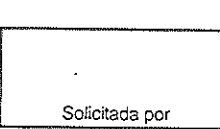
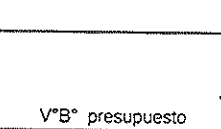
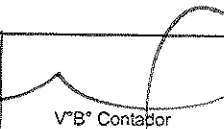
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	JUGO NATURAL 1.5 LT WATTS	943.00	37,720
2	TENEDOR PLASTICO X 100 UN BLANCO	768.00	1,536
10	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO X 20 UN	352.00	3,520
8	VASO DESECHABLE 350 ML 12 ONZ X 25 UN BLANCO	340.00	2,720
4	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA 50 UN	210.00	840

LA FACTURA DEBE 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	VALOR NETO	46,336
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	46,336
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	8,804
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,140

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CINCUENTA Y CINCO 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

**** 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
90	JUGO NATURAL WATTS 1.5 LT	943.00	84,870
6	TENEDOR PLASTICO 10 UN BLANCO	768.00	4,608
26	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO X 20 UN	352.00	9,152
20	VASO DESECHABLE 350 ML 12 ONZ X 25 UN BLANCO	340.00	6,800
10	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA 50 UN	210.00	2,100

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

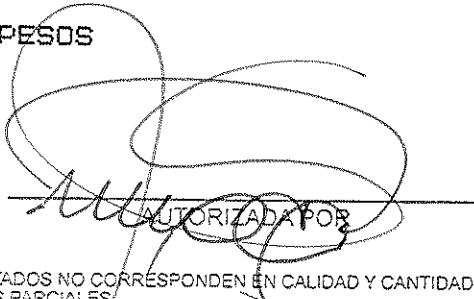
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	107,530
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	107,530
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	20,431
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,961

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SOM : CIENTO VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA 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

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°

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


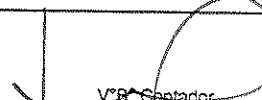
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
45	JUGO NATURAL 1.5 LT WATTS	943.00	42,435
3	TENEDOR PLASTICO X 100 UN BLANCO	768.00	2,304
13	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO X 20 UN	352.00	4,576
10	VASO DESECHABLE 350 ML 12 ONZ X 25 UN BLANCO	340.00	3,400
5	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA 50 UN	210.00	1,050


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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	53,765
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	53,765
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	10,215
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,980
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA 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 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 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
45	JUGO NATURAL 1.5 LT WATTS	943.0	42,435
3	TENEDOR PLASTICO BLANCO X 100 UN	768.0	2,304
9	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO X 20 UN	352.0	3,168
7	VASO DESECHABLE 350 ML 12 ONZ BLANCO X 25 UN	340.0	2,380
5	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA X 50 UN	210.0	1,050

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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	51,337
DESTINO	: COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	51,337
LUGAR ENTREGA	: TOMAS MORD 1651	IVA	9,754
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	61,091
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	SESENTA Y UN MIL NOVENTA Y UN PESOS		

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ES:

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

FECHA: 13-11-2013

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 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.


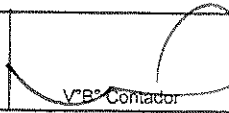
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	JUGO NATURAL 1.5 LT WATTS	943.00	37,720
3	TENEDOR PLASTICO BLANCO X 20 UN	768.00	2,304
11	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO X 20 UN	352.00	3,872
9	VASO DESECHABLE 350 ML 12 ONZ BLANCO X 25 UN	340.00	3,060
5	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA X 50 UN	210.00	1,050

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	48,006
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	48,006
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	9,121
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	57,127

SON : CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS

	
Emitido por	V°B° Comfador
Solicitada por	V°B° presupuesto

PROVEEDOR


 FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 13-11-2013

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 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
25	JUGO NATURAL 1.5 LT WATTS	943.00	23,575
2	TENEDOR PLASTICO BLANCO X 100 UN	768.00	1,536
8	PLATO PLASTICO BLANCO MEDIANO X 20 UN	352.00	2,816
6	VASO DESECHABLE 350 ML 12 ONZ X 25 UN BLANCO	340.00	2,040
4	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA 50 UN	210.00	840

LA FACTURA DEBE 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	VALOR NETO	30,807
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	30,807
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	5,853
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,660

SON : TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068574

FECHA: 13-11-2013

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 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
32	JUGO NATURAL 1.5 LT WATTS	943.00	30,176
2	TENEDOR PLASTICO X 100 UN BLANCO	768.00	1,536
9	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO X 20 UN	352.00	3,168
8	VASO DESECHABLE 350 ML 12 ONZ X 25 UN BLANCO	340.00	2,720
4	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA X 50 UN	210.00	840

LA FACTURA DEBE 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.-

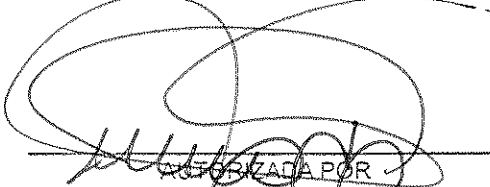
CUENTA	: 425124 GASTOS TERMINO DE AFD	VALOR NETO	38,440
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	38,440
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	7,304
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,744

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS 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.

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

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	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.00	19,200
36	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML c jx20	6,000.00	216,000
1	SUERO RINGER 500 ML CJX20	7,800.00	7,800
2	SUERO GLUCOSADO 5%/250ML c jx20	7,000.00	14,000
1	CLORFENAMINA 10 MG/ML c jx100	7,400.00	7,400

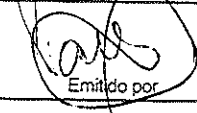

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

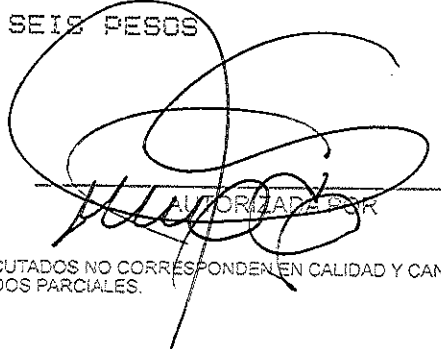
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	264,400
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	264,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	50,236
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	314,636

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS TREINTA 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.

FECHA: 13-11-2013

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

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	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	31,000.00	186,000
2	PENICILINA SODICA 1.000.000U/I X 50	6,000.00	12,000
1	GENTAMICINA 80MG/2ML c/jx100	8,800.00	8,800
10	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML c/jx100	6,000.00	60,000
2	RANITIDINA 50 MG /2 ML c/jx100	6,000.00	12,000
1	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	6,200.00	6,200
4	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,100.00	24,400

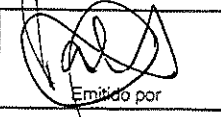
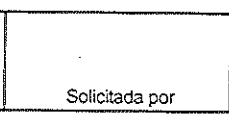
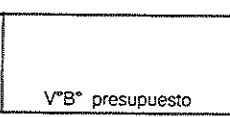

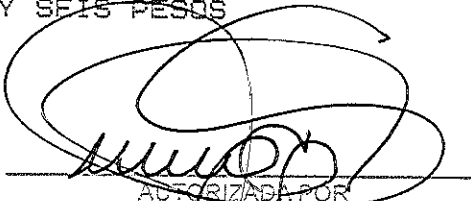
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	309,400
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	309,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	58,786
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	368,186

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y SEIS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068571

FECHA: 13-11-2013

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

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
2	AGUA BIDEUTILADA 5 CC/CJ*100	6,500.00	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	13,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	2,470
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,470

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON QUINCE MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS

			
Emiteo por	Solicitada por	V*B* presupuesto	V*B* Contactar

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: 13-11-2013

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S.A. 915450003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

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	TIAMINA (B1) 30 MG cjx100	7,800.00	31,200
2	SUERO GLUCOSALINO 500ML CJX20	6,800.00	13,600
9	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.00	57,600
3	AGUA BIDESTILADA 5 CC/CJ*100	6,500.00	19,500
8	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.00	48,000

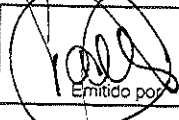
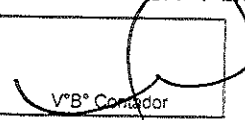
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

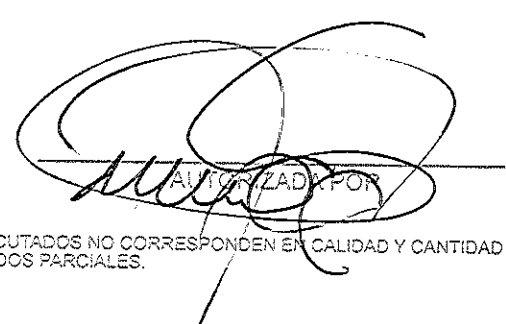
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	169,900
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	169,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	32,281
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	202,181

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DOS MIL CIENTO OCHENTA 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 LO COTIZADO POR USTÉDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

058569

FECHA: 13-11-2013

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

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
12	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	3,500.00	42,000
1	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,100.00	6,100
4	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG / 1 ML cjx100	6,600.00	26,400
4	CIANOCOBALAMINA (B12) 100 MG cjx100	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

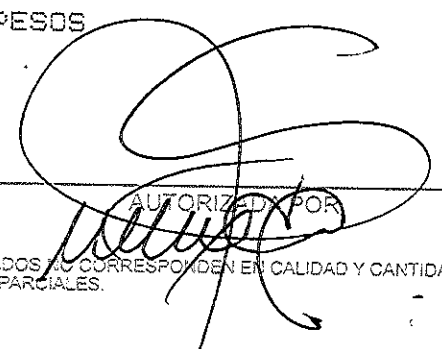
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	96,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	96,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,335
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	114,835

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS TREINTA 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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	PAPEL FOTOC. CARTA		
6	ADHESIVO BARRA 22 GR FABERFIX	1,399.00	4,197
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE	333.00	1,998
10	CARTULINA COLOR ROJO	190.00	1,900
10	CARTULINA COLOR AZUL	76.00	760
10	CARTULINA COLOR BLANCA	76.00	760
4	BLOCK DIBUJO TORRE MEDIANO	72.00	720
2	ARCHIVADOR OFICIO TORRE	455.00	1,820
20	CARPETA CARTULINA AZUL	213.00	426
1	SOBRE OFICIO BLANCO 50 UN	56.00	1,120
		1,677.00	1,677

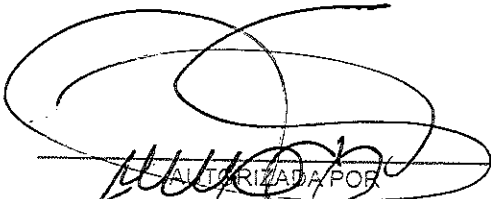
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	15,378
DESTINO : CENTRO DE REINSESION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	15,378
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	2,922
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,300
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS PESOS		

 Emitido por	MEMO # 58 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

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	CLORO CORRIENTE 1 LT		
7	LAVALOZA LIQUIDO 750 ML VIRGINIA	372.00	3,720
2	LIMPIADOR PISO 5 LT	780.00	5,460
1	LUSTRAMUEBLES 300 CC	3,214.00	6,428
8	DESODORANTE AMBIENTAL	550.00	550
6	LIMPIADOR BANO CIF	688.00	5,504
6	ESPONJA	1,290.00	7,740
6	PANO AMARILLO	280.00	1,680
5	DESINFECTANTE AEROSOL	147.00	882
4	ESCOBILLON PLASTICO	1,325.00	6,625
1	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX	824.00	3,296
1	LIMPIADOR ANTIGRASA TREMEX	2,067.00	2,067
5	MAGO PADS	3,591.00	3,591
30	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA	360.00	1,800
6	BOLSA DE BASURA 70 X 90 GOLIAT	210.00	6,300
		440.00	2,640

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	58,283
DESTINO : CENTRO DE REINSERCIÓN ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	58,283
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	11,074
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,357
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

	MEMO # 58		
Entidad 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): 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 sírvase despachar

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

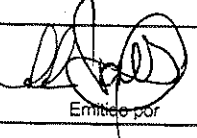
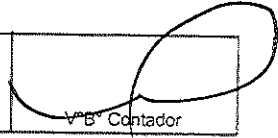
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SILLA ERGONOMETRICA TIPO TORINO ALTA CON BRAZOS	48,500.00	97,000

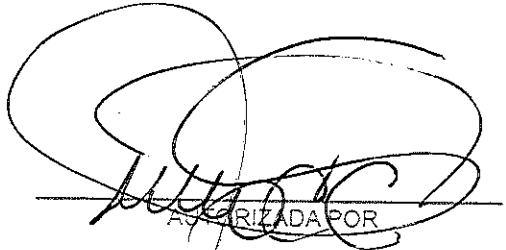
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 431101 MOBILIAR.OFICINA
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CIENTO QUINCE MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS

VALOR NETO 97,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 97,000
 IVA 18,430
 TOTAL FACTURA 115,430

	MEMO # 813		
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): OPTICA PINCUS LIMITADA 812043005

Dirección: MONEDA 1037

Teléfono: 6985207

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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


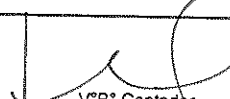
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LENTE FOTOCROMATICO SRA EMELINA ARMIJO SEGUN R ECETARIO.	26,600.00	26,600

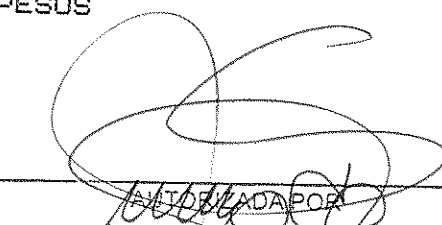
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425132 ATENC. SALUD SECUNDARIA Y TERCIA	VALOR NETO	26,600
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	26,600
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,054
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,654
SON : TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 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

068563

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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	VALES (200.000)	168,067.00	168,067

LA FACTURA DEBE 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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 168,067
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 168,067
IVA 31,933
TOTAL FACTURA 200,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS 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

068562

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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.

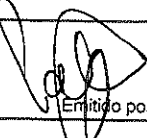
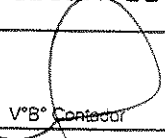
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (200.000)	168,067.00	168,067
1	VALES (193.277)	193,277.00	193,277

LA FACTURA DEBE 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

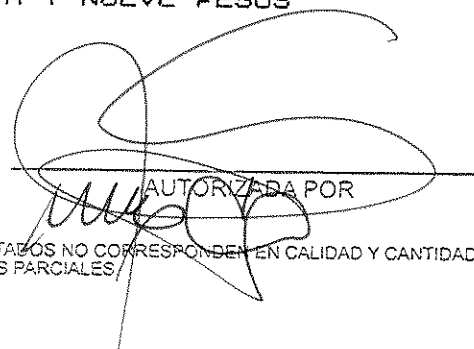
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	361,344
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	361,344
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	68,655
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	429,999

SON : CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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.

Señor(es): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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.


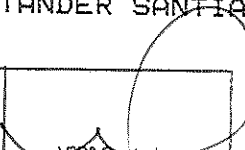
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (193.277)	193,277.00	193,277

LA FACTURA DEBE 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

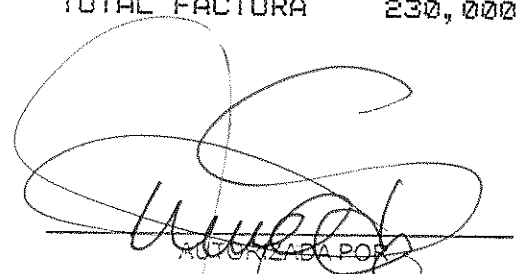
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	193,277
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	193,277
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	36,723
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	230,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS

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

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

Señor(es): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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	VALES (193.277)	193,277.00	193,277
1	VALES (168.067)	168,067.00	168,067

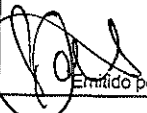

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

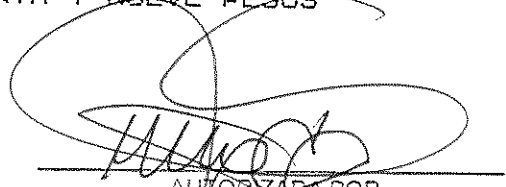
CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	361,344
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	361,344
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	68,655
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	429,999

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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): LABORATORIO MAVER S.A. 921210000

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

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	LEBLON PROT F50 DISPENSADOR 1 LTS	9,300.00	372,000

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

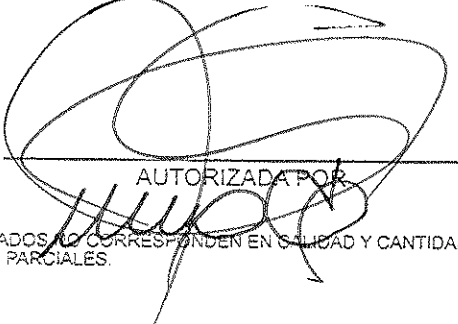
No se acepta la factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	372,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	372,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	70,680
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	442,680

SON : CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS

	MEMO # 232		
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): LABORATORIO MAVER S.A. 921210000

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

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	LEBLON PROT F50 DISPENSADOR 1 LTS	9,300.00	46,500

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

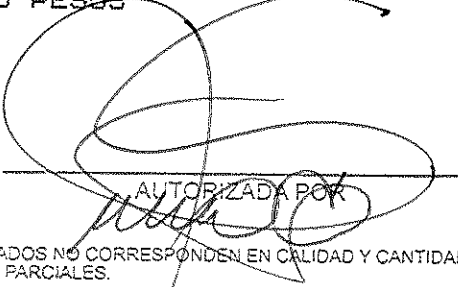
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424196 CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	46,500
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	46,500
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	8,835
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,335

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

	MEMO # 236	
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): ROSA DEL CARMEN CONTRERAS BARRERA 094897513

Dirección: AVDA LARRAIN 9725

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.


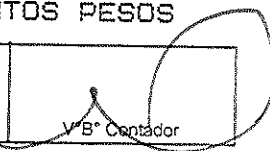
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	CHAQUETAS SOFTSHELL COLOR AZUL MARINO, LOGO CORPORATIVO BORDADO, TRES BOLSILLOS CON CIERRES, MODELO A ELECCION	20,000.00	180,000

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

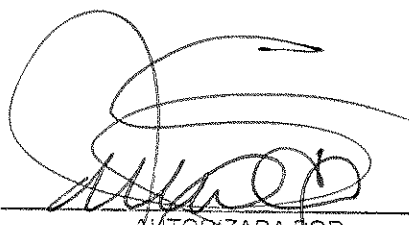
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : DOSCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS PESOS

VALOR NETO 180,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 180,000
IVA 34,200
TOTAL FACTURA 214,200

	MEMO # 1134		
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): INSUMDS MEDICOS M Y M LTDA. 761701878

Dirección: GENERAL BULNES 42

Teléfono:

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

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


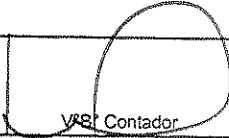
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

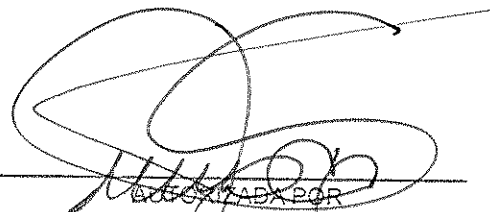
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	SABANILLA DESECHABLE ABSORVENTE	300.00	60,000

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	60,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	60,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	11,400
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	71,400
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS		

	MEMO # 1109	
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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510322

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	SOBRE DE PAPEL KRAFT BLANCO 1/2 KG IMPRESO X 1000 UN	5,750.00	172,500

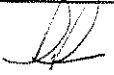

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	172,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	172,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	32,775
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	205,275

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

	MEMO # 111	
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): 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 06-11-2013 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	GUANTES ESTÉRILES CAJAS x 50 pares N° 7	6,400.00	12,800


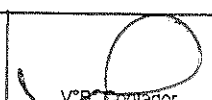
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	12,800
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,800
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,432
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,232

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINCE MIL DOSCIENTOS TREINTA 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 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° 31

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-11-2013 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	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (CHINO)	2,900.00	8,700
5	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,700.00	8,500
19	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	1,700.00	32,300
3	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,800.00	5,400
18	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,200.00	21,600

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

DESTINO : CASA MARLIT

PLAZO ENTREGA : 24 HORAS



LUGAR ENTREGA : MARLIT 542

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y UN MIL TREINTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 76,500
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 76,500
IVA 14,535
TOTAL FACTURA 91,035

 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 SALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068552

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 04-11-2013 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	ALCOHOL 70% 100 CC.	15,120.00	151,200

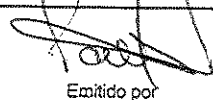

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	151,200
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	151,200
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	28,728
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,928

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS

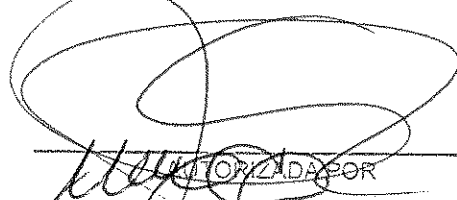
	
Emitido por	V°B° Contador

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 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	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	38,160
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	65,975
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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

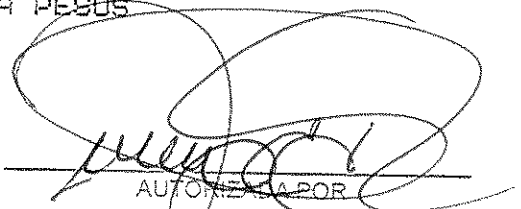
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	139,361
DESTINO : MINICONULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	139,361
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	26,479
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	165,840

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA 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): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 31

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-11-2013 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
1 200	GASA ROLLO ROLLO x 1 KILO PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	9,800.00 21.00	9,800 4,200



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 - FONCO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

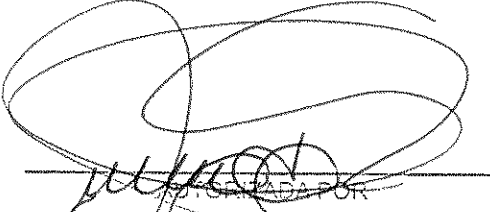
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	14,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,660
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,660

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR


REVISADO 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
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
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

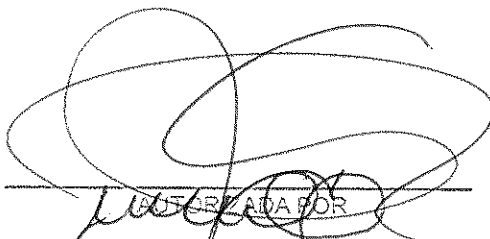
VALOR NETO 45,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 45,000
 IVA 8,550
 TOTAL FACTURA 53,550

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068548

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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	ELECTRODOS E.C.G. Ag/agcl X50 UND. DORMO LF-50	2,050.00	10,250



LA FACTURA DEBE 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.-

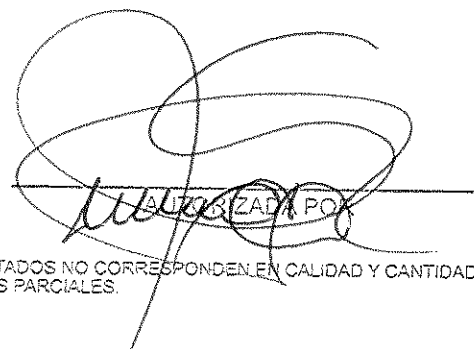
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	10,250
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,250
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,948
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,198

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOCE MIL CIENTO NOVENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

11-XI

068547

FECHA: 08-11-2013

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 04-11-2013 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	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	550.00	22,000
40	CANULA MAYO N° 4 WELL-LEAD	190.00	7,600
5	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	3,400.00	17,000

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	46,600
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	46,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,854
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,454

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO 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.



ORDEN DE COMPRA

11-11

068546

FECHA: 08-11-2013

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 06-11-2013 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	2,200.00	8,800
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,270.00	12,700
5	JERINGA DESECHABLE 3 CC BD CAJA X 150	4,290.00	21,450

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 - FONCO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	42,950
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZZIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	42,950
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,161
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,111

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SAN : CINCUENTA Y UN MIL CIENTO ONCE PESOS

Entido 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): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At: Sr:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-11-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 31

y/o ejecutar, 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	FERULA ALUMINIO DIGITALES ADULTO BOLS x 50UN 2 X 30 CMS.	425.00	8,500
20	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.00	34,000
40	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.00	68,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,200.00	24,000
1	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 14 B-D x 5.1mm	7,900.00	7,900
1	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 16 B-D x 30mm	7,900.00	7,900
5	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 18 B-D x 30mm	7,900.00	39,500
10	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 20 B-D x 30mm	7,900.00	79,000
5	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 22 B-D x 25mm	7,900.00	39,500
4	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 24 B-D x 19mm	7,900.00	31,600
5	JERINGA DESECHABLE 10 CC BD CAJA X 100	4,400.00	22,000
40	NARISERAS CANULA OXIG. N° 1104 HUDSON RCI	190.00	7,600
10	TUBO ENDOTRAQUEAL - TRAQUEAL N° 2.5	258.00	2,580
10	TUBO ENDOTRAQUEAL - TRAQUEAL N° 6.0	330.00	3,300

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: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	375,380
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	375,380
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	71,322
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	446,702

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS DOS 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.

068544

FECHA: 08-11-2013

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
150	MASCARILLAS OXIG. AD. NEVULIZADOR N° 1885	991.00	148,650

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

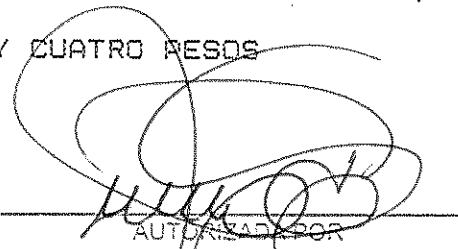
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	148,650
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	148,650
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,244
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	176,894

SON : CIENTO SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO 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.

068543

FECHA: 08-11-2013

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
40	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.56	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.-

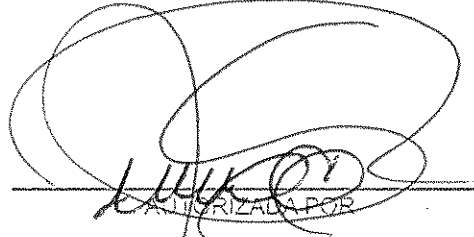
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	36,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,840
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,840

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.



ORDEN DE COMPRA

(1-X)

068542

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): HOSPITALIA PRODUCTOS MEDICOS LTDA. 782334204

Dirección: ERNESTO REYES 036

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
20	HUMIDIFICADOR DESECHABLE PRE LLENADOS 500ML M ATRAZ	1,882.00	37,640

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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	37,640
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,640
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,152
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,792

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO 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 LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



MEJOR PARA TODOS
FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

ORDEN DE COMPRA

068541

FECHA: 08-11-2013

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
20	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	132,400
20	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	127,200
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pags. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	65,975
10	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	176,130

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	501,705
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	501,705
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	95,324
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	597,029

SON : QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL VEINTINUEVE 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.

068540

FECHA: 08-11-2013

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 04-11-2013 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	AGUJA DESECHABLE 21 G X 1 1/2 BD CAJA X 100	1,200.00	12,000
10	AGUJA DESECHABLE 21 G X 1 BD CAJA X 100	1,200.00	12,000
40	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.00	23,200
8	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-01A/A-21G/BL	21,000.00	168,000


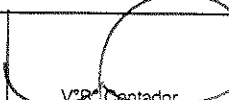
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	215,200
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	215,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	40,888
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	256,088

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DMED S.A. 995639807

Dirección: LOS LEONES 2376

Teléfono: 2409010

At.: Sr.: CRISTIAN INFANTE
 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
30	PLACAS MAMORAY 18X24 CM. VAR	35,000.00	1,050,000
8	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 18X24 CM. VAR	16,381.00	131,048
5	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 24X30 CM. VAR	27,302.00	136,510
5	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 35X43 CM. VAR	48,044.00	240,220

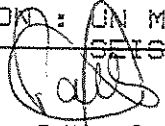
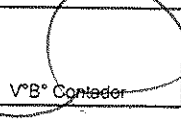
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

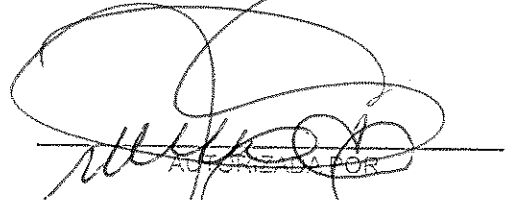
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,557,778
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,557,778
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	295,978
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,853,756

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y -

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

PROVEEDOR


 AL SEÑOR CLIENTE

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

11-11

068538

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-11-2013 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
1	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	12,429.00	12,429

LA FACTURA DEBE 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	12,429
DESTINO	: CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,429
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	2,362
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,791

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CATORCE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN 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.

068537

FECHA: 08-11-2013

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
4	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	52,780
6	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	105,678

LA FACTURA DEBE 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	158,458
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	158,458
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	30,107
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	188,565

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

Emitted 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

068536

FECHA: 08-11-2013

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
30	ROLLO DE ECOGRAFIA UPP 110 HG	8,500.00	255,000

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	255,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	255,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	48,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	303,450

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068535

FECHA: 08-11-2013

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 sírvase despachar

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

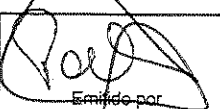
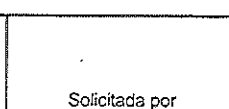
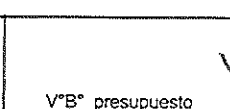
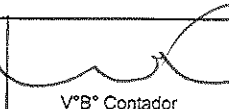
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	9,000.00	135,000
30	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100.00	243,000

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	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

SON : CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE 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): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

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.


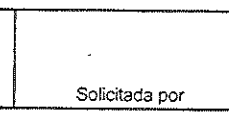

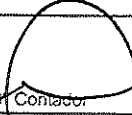
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	2,500.00	25,000
2	PRONTOSAN 350 ML CJ 10UNID	10,250.00	20,500
3	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESI VO 10X10 CM. CJX10	25,000.00	75,000

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

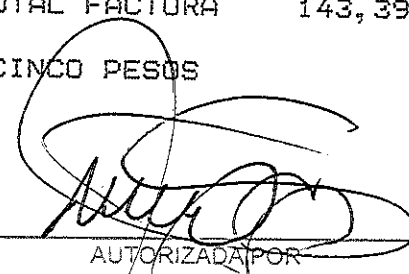
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	120,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	120,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	22,895
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	143,395

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA 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.

068533

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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
120	ESPECULO DESECHABLE 20mm.	390.00	46,800
240	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	140,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	140,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,676
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	167,076

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DIENTO SESENTA Y SIETE MIL SETENTA Y SEIS 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.

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 04-11-2013 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	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	3,400.00	6,800
2	TEGADERM HIDROGEL 3M CAJA	27,714.00	55,428


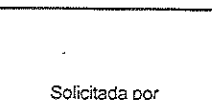
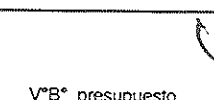

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	62,228
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	62,228
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	11,823
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	74,051

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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 06-11-2013 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	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,270.00	25,400
2	JERINGA DESECHABLE 20 CC BD CAJA X 100	7,360.00	14,720
5	TEGADERM AGMESH 3M CAJA	26,169.00	130,845
2	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	9,528.00	19,056
2	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	12,429.00	24,858


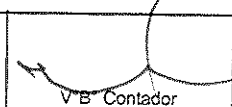
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	214,879
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	214,879
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	40,827
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	255,706

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON: DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS 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 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° 31

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-11-2013 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	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,700.00	68,000
120	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.00	204,000
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,800.00	54,000
2	JERINGA DESECHABLE 10 CC BD CAJA X 100	4,400.00	8,800
10	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 08 X 5	80.00	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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	335,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	335,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	63,764
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	399,364

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA 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.

068529

FECHA: 08-11-2013

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	991.00	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
 SON : CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068528

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

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	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900.00	18,000


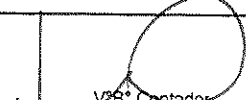
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

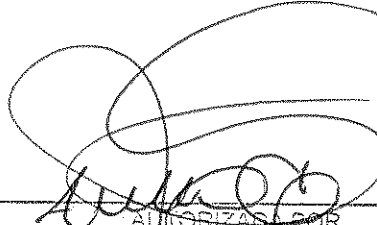
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

068527

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

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	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 6.5X9.5 CM. CJX10	58,413.00	350,478
4	ADAPTIC TULL IMPREGNADO NO ADHERENTE 7.5 X 7.5 CJX50	13,585.00	54,340

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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	404,818
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	404,818
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	76,915
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	481,733

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



MEJOR PARA TODOS
FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

ORDEN DE COMPRA

11-X1

068526

FECHA: 08-11-2013

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
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pg ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	65,975
10	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	176,130

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	242,105
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	242,105
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	46,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	288,105

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CIENTO 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 LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

11-X/

068525

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

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
10	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BALNCOS PAQ. X 1000	5,500.00	55,000

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	55,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	10,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,450

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON: SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068524

FECHA: 08-11-2013

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 - FONONO: 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 APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	85,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	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

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.

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 04-11-2013 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
1	AGUJAS DESECHABLES 25G X 5/8 TERUMO X 100	1,200.00	1,200
50	ALCOHOL 70% 100 CC.	15,120.00	756,000
10	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.00	5,800
2	TERMOMETRO CLINICO ORAL ESCALA C CAJ x 12und.	2,340.00	4,680

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	767,680
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	767,680
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	145,859
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	913,539

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : NOVECIENTOS TRECE MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE 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.

068522

FECHA: 08-11-2013

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

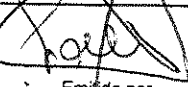

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	20,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	3,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS 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 CANTIDAD 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. *lvega@pmgpharma.com*

**** 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	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100	24,300
2	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	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	42,300
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	42,300
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,037
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,337

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA MIL TRESCIENTOS 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): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

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
15	ASKINA CALGITROL AG. APOSITO DE ALGINATO Y PLAT A 5*5CM	40,000.00	600,000
7	ASKINA SORB PARCHE 10X10CM.	1,800.00	12,600
30	APOSITO ALLEVYN ADHESIVO 12,5 CM. X12,5 CM	1,800.00	54,000
30	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM. X10 CM	2,500.00	75,000


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.-

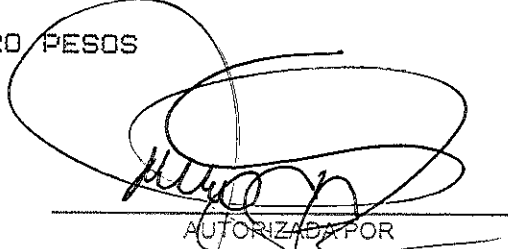
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	741,600
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	741,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	140,904
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	882,504

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS 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.

068519

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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
240	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390	93,600
240	ESPECULO DESECHABLE 20mm.	390	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

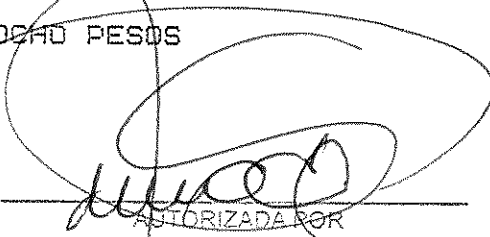
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	187,200
DESTINO : CONSULTORIO 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

SON : DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068518

FECHA: 08-11-2013

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 04-11-2013 sírvase despachar

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

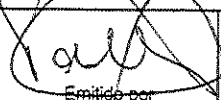

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	3,400	17,000
100	FUNDAS DE LATEX PARA ECOGRAFIA VAGINAL ECOFUND A	65	6,500
40	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	550	22,000

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: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	45,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,645
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,145

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO 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.

068517

FECHA: 08-11-2013

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 06-11-2013 sírvase despachar

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

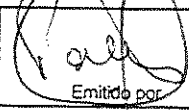

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	JERINGA DESECHABLE 3 CC BD CAJA X 150	4,290	21,450
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,270	25,400
4	CATETER MARIPOSAS 216 x 3/4	2,200	8,800

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

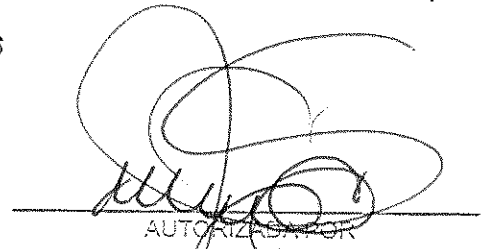
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	55,650
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,650
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,574
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	66,224

SON : SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO 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.

068516

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 31

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-11-2013 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 10 CC BD CAJA X 100	4,400	22,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,200	24,000
60	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700	102,000
20	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700	34,000



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	182,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	182,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	34,580
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	216,580

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

11-X

068515

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

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
30	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900	27,000

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	27,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,130
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,130
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SDN : TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA 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 SALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068514

FECHA: 08-11-2013

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 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	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 9.5X9.5 CM. CJX10	62,489	312,445
5	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 6.5X9.5 CM. CJX10	58,413	292,065



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 - FONDO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

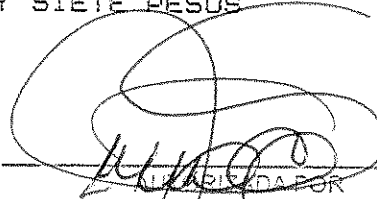
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	604,510
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	604,510
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	114,857
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	719,367

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA 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): 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
10	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	176,130
10	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195	131,950
20	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r. ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360	127,200
20	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	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.-

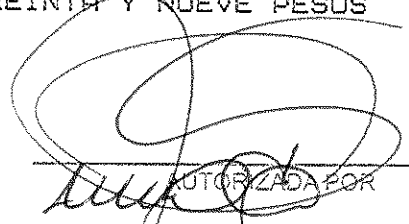
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	567,680
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	567,680
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	107,859
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	675,539

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

11-X



ORDEN DE COMPRA

068512

FECHA: 08-11-2013

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

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 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SAQUITOS DE PAPEL 1/4 blancos PAQ. X 1000	4,350	21,750
5	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BALNCOS PAQ. X 1000	5,500	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	49,250
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,250
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,358
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,608

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS OCHO 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.

068511

FECHA: 08-11-2013

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	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

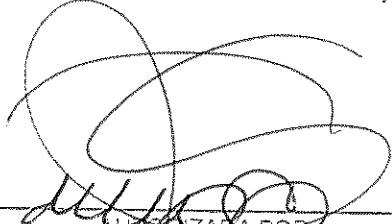
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO UN MIL CIENTO CINCUENTA PESOS

VALOR NETO 85,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 85,000
 IVA 16,150
 TOTAL FACTURA 101,150

			
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): 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	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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

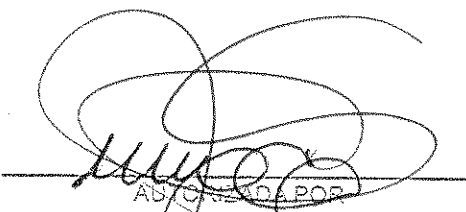
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

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


 AS/CREADOR 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.

068509

FECHA: 08-11-2013

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°

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

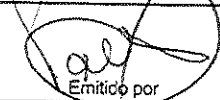

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	DUODERM EXTRA THIN 10X10	2,184	15,288
15	AQUACEL 5X5 PKX10	39,200	588,000
7	AQUACEL AG 5 x 5 CJ 10 UNID.	44,800	313,600
7	AQUACEL AG 15X15 CJ. X5 UD.	14,000	98,000

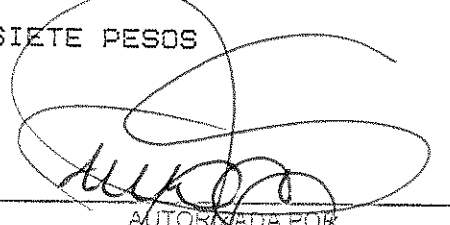
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,014,888
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,014,888
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	192,829
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,207,717
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : UN MILLON DOSCIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS DIECISIETE 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: 08-11-2013

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 04-11-2013 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	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580	17,400
5	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1 1/2	1,200	6,000
5	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1	1,200	6,000
10	AGUJA DESECHABLE 21 G X 1 BD CAJA X 100	1,200	12,000
10	AGUJA DESECHABLE 21 G X 1 1/2 BD CAJA X 100	1,200	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 - FONOS: 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
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 53,400
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 53,400
 IVA 10,146
 TOTAL FACTURA 63,546

SON : SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA 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

068505

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-11-2013 de **** 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.

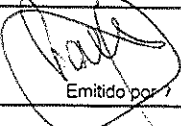
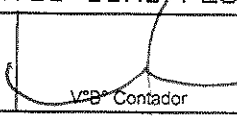
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10 1	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA) MULTIUSO ALTO PODER ENV.20 LTS. WINZA-131	1,650.00 26,700.00	16,500 26,700

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	43,200
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,200
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	8,208
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,408

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-11-2013 sírvase despachar

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

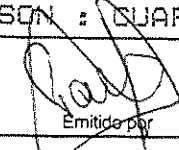
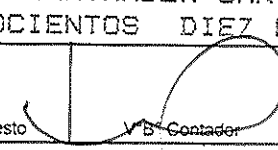
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	6,300
10	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	16,500
4	PAD BLANCO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (WINZA)	4,050.00	16,200

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

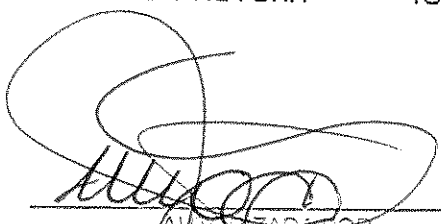
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	39,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	7,410
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,410

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS DIEZ 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.

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-11-2013 **** Despachar factura en Lugar Entrega **** 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
20	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	4,200
4	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,600.00	22,400
10	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	3,600.00	36,000
35	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	57,750

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	120,350
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	120,350
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	22,867
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	143,217

SON : CIENTO CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECISIETE 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

068502

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr. ¹ De acuerdo a su cotización N° ¹ **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha **06-11-2013** 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	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	6,600

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORD 1651
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 6,600
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 6,600
 IVA 1,254
 TOTAL FACTURA 7,854

SON : SIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO 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

068501

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-11-2013 **** 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	PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (W INZA)	4,050.00	8,100

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 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,100
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,100
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	1,539
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,639
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-11-2013 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	DESINCRUSTANTE X 5 LTS WINZA-110	5,300.00	5,300
2	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	3,600.00	7,200
2	MULTIUSO ALTO PODER ENV. 5 LTS. WINZA-131	7,750.00	15,500


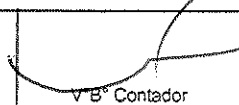
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

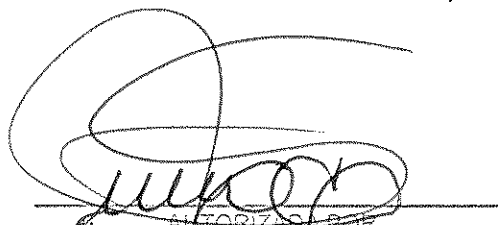
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	28,000
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	5,320
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,320

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE 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

068499

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-11-2013 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	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	1,260

LA FACTURA DEBE 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	1,260
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,260
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	239
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,499

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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 LO 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° 1 de Fecha 06-11-2013 **** 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
3	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	19,860
6	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,360.00	38,160

LA FACTURA DEBE 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
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 58,020
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 58,020
 IVA 11,024
 TOTAL FACTURA 69,044

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 S/1 : SESENTA Y NUEVE MIL CUARENTA 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 LO 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°

1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-11-2013 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	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	7,614
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

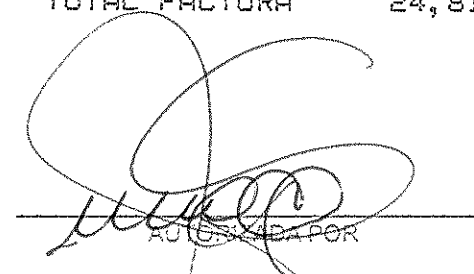
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : CASA MARLIT
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 20,854
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 20,854
IVA 3,962
TOTAL FACTURA 24,816

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS

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

PROVEEDOR


RECIBIDA 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 Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 05-11-2013 **** 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	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 PQS.)	13,195.00	26,390

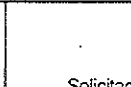

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

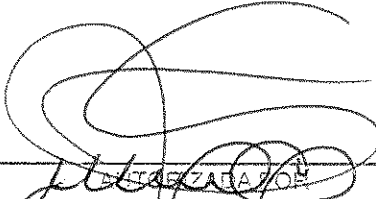
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	26,390
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,390
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,014
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,404

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS 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 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

068495

FECHA: 05-11-2013

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 05-11-2013 **** 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
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	66,200

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	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	66,200
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,200
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	12,578
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,778

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO 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.

068494

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-11-2013 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	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	23,484
2	SABANILLAS ELITE 48 METROS	17,613.00	35,226
20	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,278.00	105,560

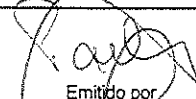

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

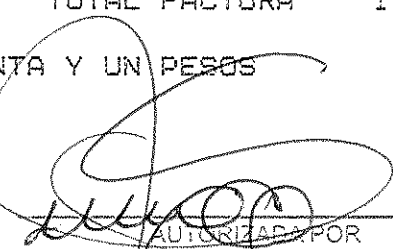
CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	164,270
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	164,270
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	31,211
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	195,481

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS 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 LO 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° 1 de Fecha 05-11-2013 **** 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	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	15,656
4	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	30,456
8	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,989.00	95,912
16	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	105,920
10	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,278.00	52,780

LA FACTURA DEBE 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

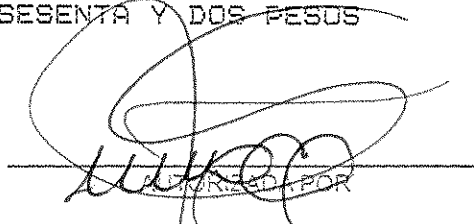
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	300,724
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	300,724
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	57,138
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	357,862

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

 Emiso 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

11-11

068492

FECHA: 05-11-2013

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 **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
06-11-2013 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	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	31,312
15	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	99,300

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: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	130,612
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	130,612
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	24,816
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	155,428

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTIDCHO 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.



ORDEN DE COMPRA

11-11

068491

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-11-2013 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	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,049.00	20,196
6	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,278.00	31,668

LA FACTURA DEBE 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	51,864
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,864
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	9,854
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	61,718

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SAN : SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS DIECIOCHO 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.

068490

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-11-2013 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	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,049.00	40,392

LA FACTURA DEBE 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.-

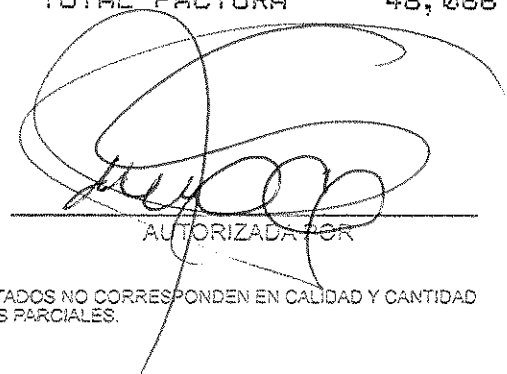
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 40,392
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 40,392
IVA 7,674
TOTAL FACTURA 48,066

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA 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 LO 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. ¹ de Fecha **06-11-2013** **** 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	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	7,614
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	20,854
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,854
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	3,962
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,816

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068488

FECHA: 05-11-2013

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 06-11-2013 **** 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	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,989.00	23,978

LA FACTURA DEBE 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	23,978
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,978
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,556
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,534

SON : VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO 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): LABORATORIOS RECALCINE S.A. 916370008

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

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
80	INFEX X 14 COMP	8,478.00	678,240

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 : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	678,240
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	678,240
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	128,866
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	807,106

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : OCHOCIENTOS SIETE MIL CIENTO SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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
1,200	EUTIROX 100 MG X 600 COMP	1,300.00	1,560,000

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

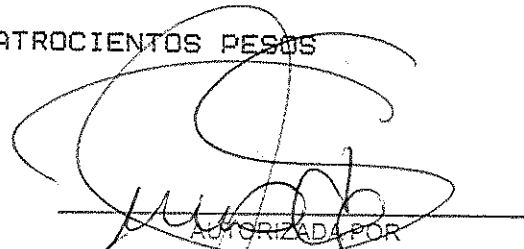
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	1,560,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,560,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	296,400
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,856,400

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS 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

068485

11-X1

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

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
100	ADAPTADOR LUER	95.00	9,500
500	TUBO TAPA ROJA 9 ML SIN ADITIVO PLASTICO (VDRL)	60.00	30,000
3,000	TUBO PST CON GEL Y HEPARINA DE LITIO 4 ML	77.00	231,000
30	CAJA PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.00	17,400

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	287,900
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	287,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	54,701
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	342,601

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS UN PESOS

	MEMO # 21		
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): DROGUERIA HOFMANN S. A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINDS 2507

Teléfono: 4356053

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	JERINGA 10CC CAJA X 100	4,600.00	23,000



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.-

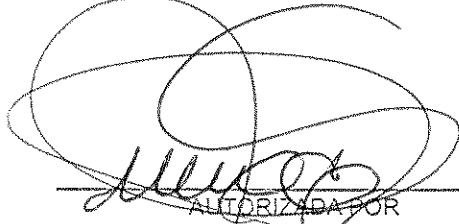
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	23,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	23,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,370
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,370

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	MEMO # 21 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): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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	DETECTOR DE SONIDOS CARDIOFETALES MARCA EDAN M ODELO SONOTRAX PRO CON CARGADOR BATERIA DE LIT IO INCORPORADO	189,000.00	189,000



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.-

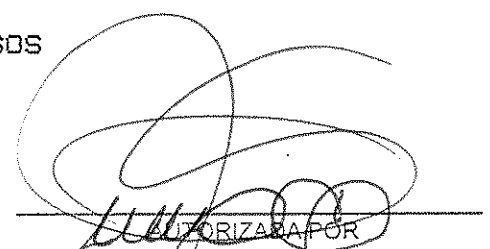
CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	189,000
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	189,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	35,910
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	224,910

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS

	MEMO # 228		
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.

068481

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

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.


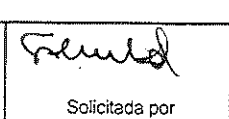
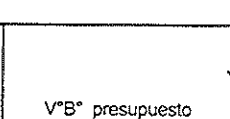
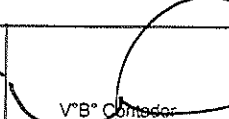
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
26	BERODUAL P/NEBULIZACION	2,990	77,740

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	77,740
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	77,740
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,771
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	92,511

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS ONCE PESOS

 Emisor 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.

068480

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

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
5	CAPTOPRIL 25 MG	750	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


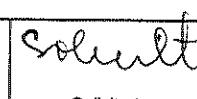


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

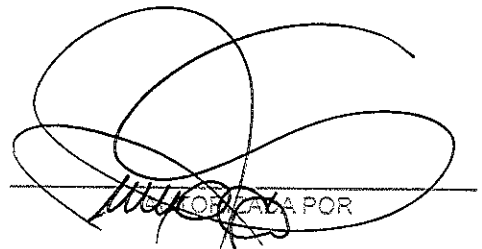
VALOR NETO 3,750
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 3,750
 IVA 713
 TOTAL FACTURA 4,463

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

			
Emilito 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068479

FECHA: 05-11-2013

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
80	BROTIZOLAM 0,25 MG (NOCTILAN ENV.20 COMP.)	6,265	501,200

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

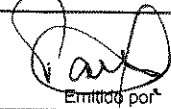
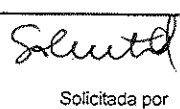
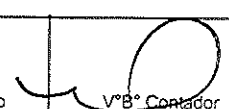
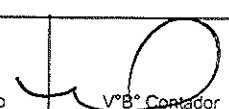
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

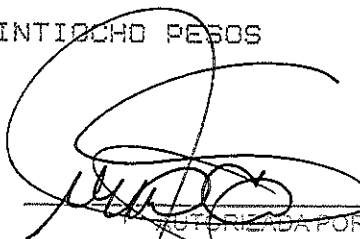
VALOR NETO 501,200
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 501,200
 IVA 95,228
 TOTAL FACTURA 596,428

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO 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

068478

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): ROYAL PHARMA 968893203

Dirección: AV. P. DE VALDIVIA 1307

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
160	CARBORON	2,600	416,000

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	416,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	416,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	79,040
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	495,040

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUARENTA 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.

068477

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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
79	ZOPICLONA 7.5 MG X 100	2,000	158,000


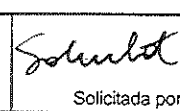
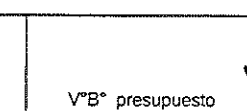

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

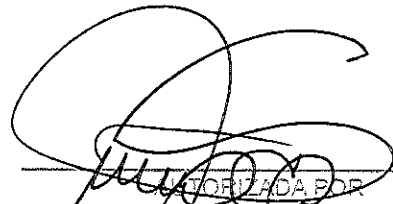
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	158,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	158,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	30,020
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	188,020

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL 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.

068476

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): LABORATORIOS SILESLIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 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
94	METILFENIDATO 10MG 30 COMP	5,500	517,000
51	LAMOTRIGINA 50MG.X500 COMP. (TRADOX)	12,000	612,000
1	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,000	12,000
2	CLORDIAZEPOXIDO 10 MG/CJX1000 por 1000	8,000	16,000
5	RISPERIDONA (SPIRON) 3MG. CAJAX100 COMP.	5,900	29,500

*Elem
s/ fecha*

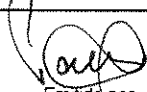
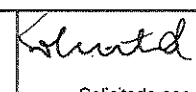
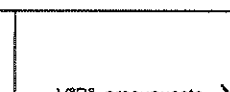
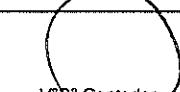
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

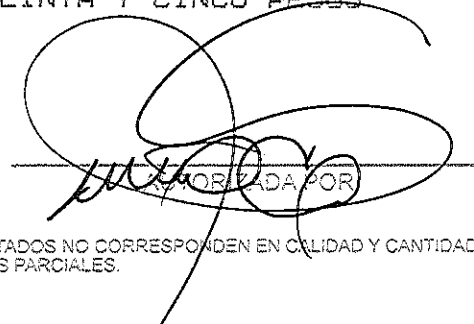
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,186,500
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,186,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	225,435
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,411,935

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS ONCE MIL NOVECIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-1

068475

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): LABORATORIOS RECALCINE S.A. 916370008

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

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
244	ACIDO VALPROICO 500 MG X 200 CM	18,000	4,392,000

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	4,392,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,392,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	834,480
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,226,480

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

8-11

068474

FECHA: 05-11-2013

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
44	COMPLEJO B TONOPRON x 20	1,800.00	79,200

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CENTRO COSAM
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 79,200
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 79,200
IVA 15,048
TOTAL FACTURA 94,248

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

		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.

068473

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA. 850257000

Dirección: ANDRES BELLO 2687 PISO 19

Teléfono: 2039041

At.: Sr.: ALEJANDRA MUÑOZ
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	ESKALIT SR 450MG	4,500.00	40,500

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
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS

VALOR NETO
 DESCUENTO 0.0
 SIIR-TOTAL



068472

FECHA: 05-11-2013

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 04-11-2013 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	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.00	37,200
3	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,500.00	22,500
34	CLONAZEPAN 2,0 MG x 500	12,000.00	408,000
40	BROMAZEPAM 3,0 MG CJX30	318.00	12,720
80	TRITICO 100 MG	8,000.00	640,000

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

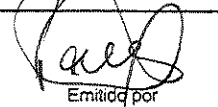
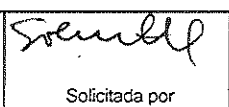
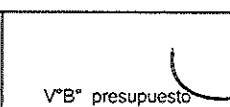

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CENTRO COSAM
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

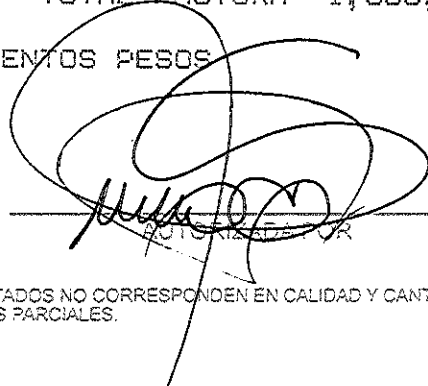
VALOR NETO 1,120,420
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,120,420
IVA 212,880
TOTAL FACTURA 1,333,300

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS 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 USTÉDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068471

FECHA: 05-11-2013

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 04-11-2013 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
223	PAROXETINA 20 MG.	1,450.00	323,350
152	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	120.00	18,240
39	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	1,020.00	39,780
280	QUETIAPINA 100 MG x 30	3,600.00	1,008,000

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



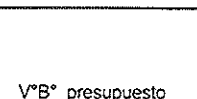
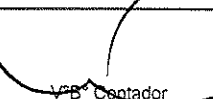
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CENTRO COSAM
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

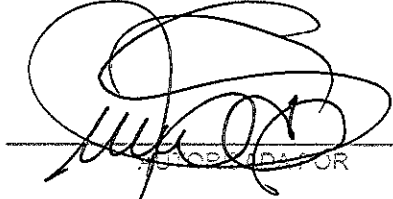
VALOR NETO 1,389,370
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,389,370
IVA 263,980
TOTAL FACTURA 1,653,350

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

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

PROVEEDOR


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

7-X1

068470

FECHA: 05-11-2013

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 05-11-2013 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	CLORPROMAZINA 100 MG x 1000	13,000.00	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 - FONOS: 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

VALOR NETO 13,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 13,000
IVA 2,470
TOTAL FACTURA 15,470

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINCE MIL CUATROCIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 05-11-2013

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
2	SPIRIVA X 30 CAP	24,420.00	48,840

LA FACTURA DEBE 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


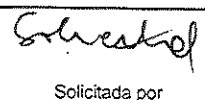
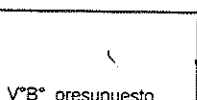

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

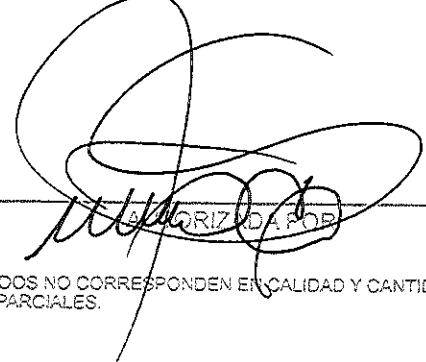
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 48,840
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 48,840
 IVA 9,280
 TOTAL FACTURA 58,120

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTE 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-11

068468

FECHA: 05-11-2013

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 **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
378	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	1,001,700

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	1,001,700
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,001,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	190,323
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,192,023

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : UN MILLON CIENTO NOVENTA Y DOS MIL VEINTITRES PESOS

Emitted 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): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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	CAPTOPRIL 25 MG	750.00	750

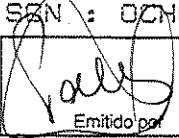
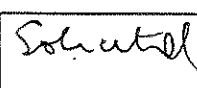
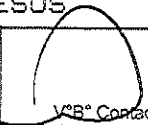
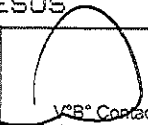
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

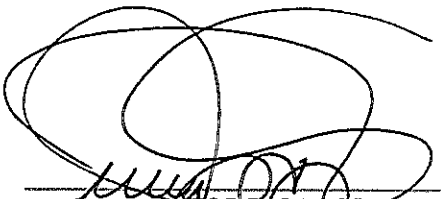
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	750
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	750
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	143
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	893

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SEN : OCHOCIENTOS NOVENTA 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.

068466

FECHA: 05-11-2013

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 04-11-2013 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
56	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.00	113,568
40	AC. FOLICO 5 MG por 30	900.00	36,000
100	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	3,600.00	360,000
16	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	3,400.00	54,400


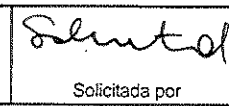
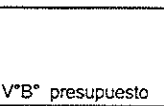

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

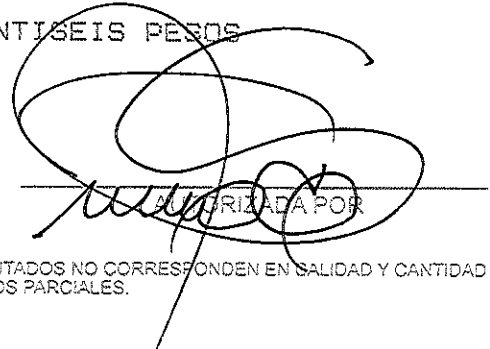
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	585,568
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	585,568
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	111,258
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	696,826

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS 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 SALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

7+

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPAÑA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 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	ISOSORBIDE 10 MG per 1000	8,900.00	35,600
68	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.00	326,400
1	DICLOFENACO 50 MG per 1000	6,800.00	6,800
35	NITRENDIPINO 20 MG per 1000	3,700.00	129,500
12	GLIBENCLAMIDA 5 MG per 1000	2,700.00	32,400
84	METFORMINA 850 MG per 1000	8,000.00	672,000
1	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	14,500.00	14,500
2	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 per 50	11,000.00	22,000
4	PROPANOLOL 40 MG per 1000	4,900.00	19,600
3	CLORDIAZEPOXIDO 10 MG/CJX1000 per 1000	8,000.00	24,000
2	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	9,800.00	19,600
89	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,000.00	712,000
5	CARBAMAZEPINA 200 MG per 1000	12,000.00	60,000
5	BROMHEXINA JBE 4 MG/5ML per 25	11,000.00	55,000
5	IBUPROFENO 400 MG per 1000	8,900.00	44,500
6	LORATADINA 10 MG POR 1000	5,400.00	32,400
1	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG per 1000	8,800.00	8,800

Glibenclamide disponible 16-Diciembre

LA FACTURA DEBE 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	2,215,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,215,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	420,869
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,635,969

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y -

<i>Sal</i> Emitido por	<i>Soleusol</i> Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador
---------------------------	-----------------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

[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

7-X'

068464

FECHA: 05-11-2013

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
5	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,660.00	13,300
17	OFTABIOTICO COLIRIO	2,600.00	44,200

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 - FONCO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	57,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	57,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	10,925
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,425

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS

		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): 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 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
155	ESTRADIOL 2 MG X 30 COMP	5,100.00	790,500

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

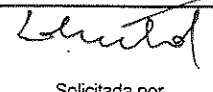

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

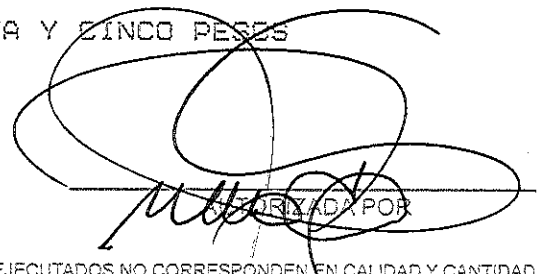
VALOR NETO 790,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 790,500
 IVA 150,195
 TOTAL FACTURA 940,695

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESES

 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-1

068462

FECHA: 05-11-2013

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 **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	MACROSAN 100 MG POR 50	4,250.00	127,500
227	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.00	340,500
190	JABON GERM TRICLOSAM 1%	485.00	92,150

LA FACTURA DEBE 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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	560,150
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	560,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	106,429
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	666,579

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA 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
O COTIZADO POR LÍTEROS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068461

FECHA: 05-11-2013

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 04-11-2013 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	FERRIGOT por 25	12,860.00	12,860
1	METRONIDAZOL 500 MG por 1000 compr	44,350.00	44,350
3	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.00	24,600
21	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	875.00	18,375
2	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	16,900.00	33,800
1	LOPERAMIDA 2 MG por 1000	6,000.00	6,000


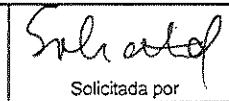
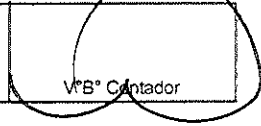
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	139,985
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	139,985
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,597
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	166,582

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : CIENTO SESENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

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

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): ALCON LABORATORIOS CHILE LTDA 865376006

Dirección: AVDA. LOS LEONES 1459

Teléfono: 3411176

At.: Sr. CATHERINE ALVAREZ
 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.

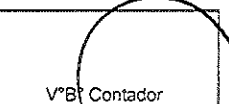
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ANESTALCON COLIRIO	13,230.00	66,150

LA FACTURA DEBE 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	66,150
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	12,569
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,719

SON : SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS 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.

Señor(es): MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LTDA. 806212008

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

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
18	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	3,930.00	70,740

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 : 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

VALOR NETO 70,740
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 70,740
 IVA 13,441
 TOTAL FACTURA 84,181

SON : OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

RESERVADA 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 VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 ** 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
222	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	432.00	95,904
14	VASELINA LIQ. por 125ml	523.00	7,322

LA FACTURA DEBE 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	103,226
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	103,226
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	19,613
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	122,839

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA 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 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 04-11-2013 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	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,500.00	7,500
1	NISTATINA 100.000 UI por 100 OV	6,800.00	6,800
2	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	12,000.00	24,000
8	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000	8,900.00	71,200
2	CONTRALMOR SUPOSITARIO	2,000.00	4,000
3	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.00	16,500
12	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	9,000.00	108,000
767	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	337,480
9	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,900.00	44,100
9	POLIVITAMINICO por 1000	19,000.00	171,000

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	790,580
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	790,580
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	150,210
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	940,790

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS CUARENTA MIL SETECIENTOS NOVENTA 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.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-11-2013 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
4	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000	7,000.00	28,000
124	GEMFIBROZILLO 600 MG por 20	720.00	89,280
3	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	8,500.00	25,500
21	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 100	5,100.00	107,100
3	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	4,750.00	14,250
115	PAROXETINA 20 MG. x 30	1,450.00	166,750
35	ATENLOLOL 50 MG por 1000	5,380.00	188,300
8	CLORANFENICOL UNG.OFT 1% por 1	990.00	7,920
10	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,700.00	57,000
2	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	10,000.00	20,000
25	ALLOPURINOL 300 MG. 20 COMP.	430.00	10,750
2	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,050.00	12,100
34	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	199.00	6,766
23	VASELINA SOLIDA 30gr	243.00	5,589
535	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	120.00	64,200
99	FLUCONAZOL 150 MG X 2 COMP.	378.00	37,422
3	IBUPROFENO JBE. 200 MG por 25	11,500.00	34,500
107	AC. FOLICO 1 MG POR 30	290.00	31,030
1	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	9,500.00	9,500
1	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	19,000.00	19,000
355	ATORVASTATINA 20 MG. x 30 COMP.	715.00	253,825
491	ATORVASTATINA 10 MG por 30	330.00	162,030
12	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	5,000.00	60,000


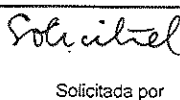


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

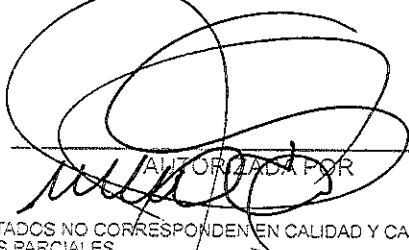
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,410,812
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,410,812
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	268,054
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,678,866

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA 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.

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 05-11-2013 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	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	15,000.00	90,000
1	SAL REHIDRATAC ORAL 60 mEqX30SOB por 30	6,900.00	6,900
5	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	220.00	1,100
106	PARACETAMOL 500 MG por 1000	3,600.00	381,600
5	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.00	11,500
1	CIPROFLOXACINO 500 MG por 1000	15,000.00	15,000
60	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	510,000
96	ENALAPRILA 10 MG por 1000	1,800.00	172,800


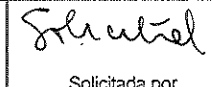
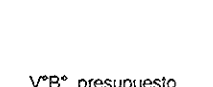

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

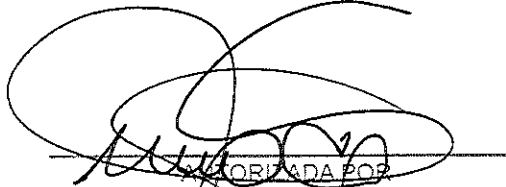
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,188,900
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,188,900
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	225,891
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,414,791

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

 Emitted by	 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.

068454

FECHA: 05-11-2013

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 04-11-2013 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
68	PASTA LASAR	390.00	26,520
391	BENGUE POMADA POTE 30grs	470.00	183,770

LA FACTURA DEBE 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


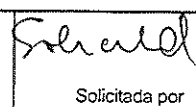
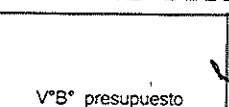
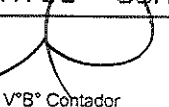
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

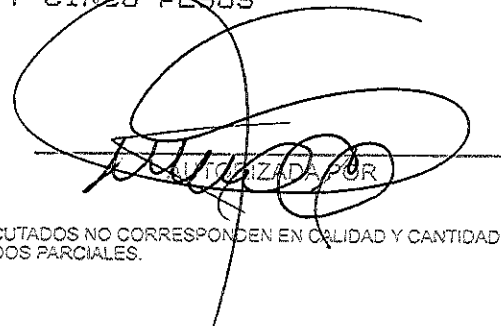
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 210,290
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 210,290
 IVA 39,955
 TOTAL FACTURA 250,245

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

 Emisor 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.

058453

FECHA: 05-11-2013

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 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
528	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	1,399,200


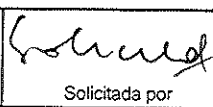
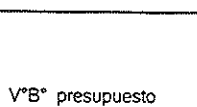
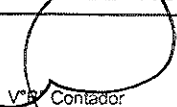
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

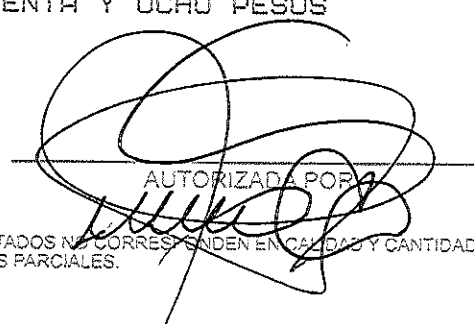
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,399,200
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,399,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	265,848
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,665,048

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

TIN : UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

ONES:

COMPRAS/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD A ESTOS 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 04-11-2013 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
47	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.00	95,316
46	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	3,400.00	156,400
431	AC. FOLICO 5 MG por 30	900.00	387,900
221	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	3,600.00	795,600
1	METAMIZOL SODICO 300MG por 600	2,856.00	2,856


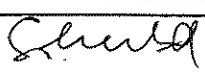
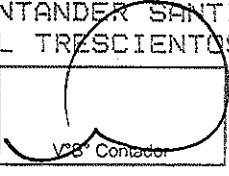
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,438,072
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,438,072
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	273,234
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,711,306

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

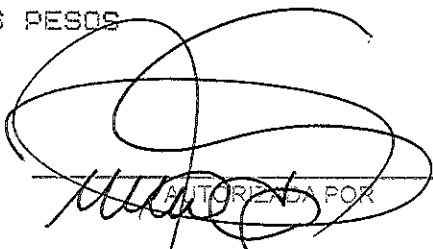
SAN : UN MILLON SETECIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS SEIS PESOS

 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

068451

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 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
277	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	980.0	271,460

LA FACTURA DEBE 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	271,460
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	271,460
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	51,577
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	323,037

SON : TRESCIENTOS VEINTITRES MIL 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.

068450

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-11-2013 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
35	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	2,700.00	94,500
72	METFORMINA 850 MG por 1000	8,000.00	576,000

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

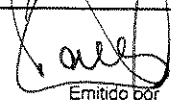
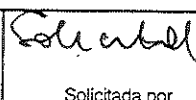
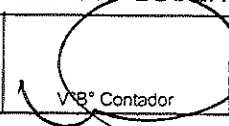
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

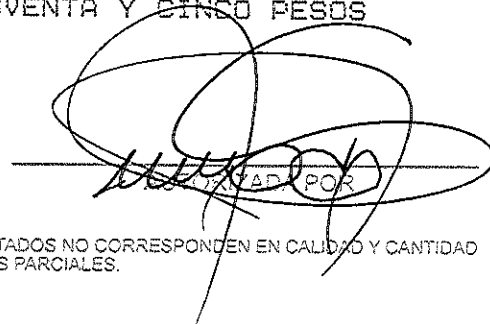
VALOR NETO 670,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 670,500
 IVA 127,395
 TOTAL FACTURA 797,895

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA 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): LABORATORIOS SILEZIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-11-2013 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	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	14,500.00	58,000
4	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,000.00	44,000
8	CLORDIAZEPOXIDO 10 MG/CJX1000 por 1000	8,000.00	64,000
4	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	8,900.00	35,600
4	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	9,800.00	39,200
9	IBUPROFENO 400 MG por 1000	8,900.00	80,100
6	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.00	52,800
30	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.00	144,000
1	FLUCLOXACILINA 250 MG. X 25 FRASCOS	25,000.00	25,000
600	AMBROXOL JBE 4MG/60ML	396.00	237,600
20	CROTAMITON CERMA 10% POMO/50 GR. por 1	1,600.00	32,000
46	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,700.00	170,200
3	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100	49,000.00	147,000
40	TROLIT CJ/21 CM.	3,200.00	128,000
198	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,000.00	1,584,000


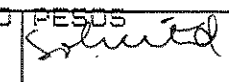


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

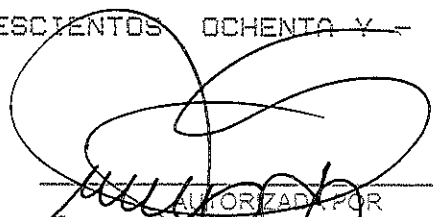
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,841,500
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,841,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	539,885
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,381,385

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y -

 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4500 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.

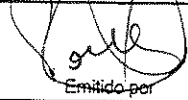
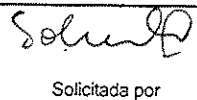
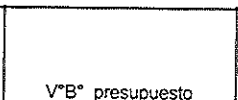
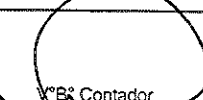
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
27	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,660.00	71,820
20	OFTABIOTICO COLIRIO	2,600.00	52,000

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

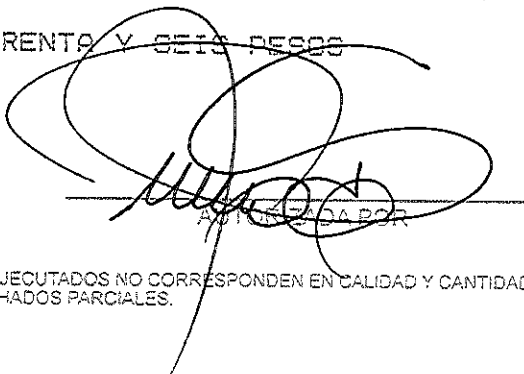
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	123,820
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	123,820
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,526
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	147,346

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON: CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR


 APTA PARA PAGO

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): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446551

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
240	FERAMIN 100MG F.E. 30CPS	1,500.00	360,000
360	JABON GERM TRICLOSAM 1%	485.00	174,600

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

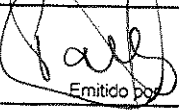
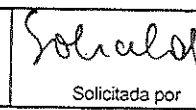
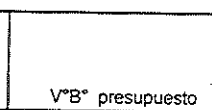
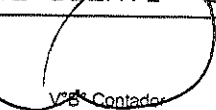
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

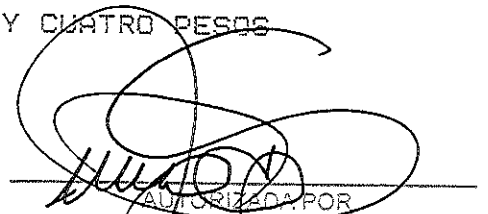
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 534,600
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 534,600
 IVA 101,574
 TOTAL FACTURA 636,174

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

8-XI

068446

FECHA: 05-11-2013

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 04-11-2013 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	METRONIDAZOL 500 MG per 1000 compr	44,350.00	266,100

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	266,100
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	266,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	50,559
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	316,659

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON TRESIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B* presupuesto	VCB Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN 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.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-11-2013 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	FERRIGOT por 25	12,860.00	12,860
113	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	875.00	98,875
6	ANTIESPASMODICO SUPOSITORIO ADULTO X50	4,950.00	29,700
4	ANTIESPASMODICO SUPOSITORIO INF. CJX50	3,200.00	12,800
2	ANTIESPASMODICO AD. CJX1000 por 1000	10,350.00	20,700
2	METRONIDAZOL 250 MG por 1000	10,500.00	21,000
1	LOPERAMIDA 2 MG por 1000	6,000.00	6,000
6	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.00	49,200
4	POLIVITAMINICO JBE 120 ML.	11,330.00	45,320
4	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	16,900.00	67,600

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	364,055
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	364,055
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	69,170
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	433,225

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SSN : CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DESCIENTOS VEINTICINCO 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.

068444

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): ALCON LABORATORIOS CHILE LTDA 865376006

Dirección: AVDA. LOS LEONES 1459

Teléfono: 3411176

At.: Sr. CATHERINE ALVAREZ
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	MYDRIACYL 1% 15 ML.	16,051.00	16,051

LA FACTURA DEBE 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

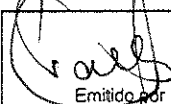
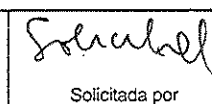
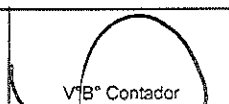
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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

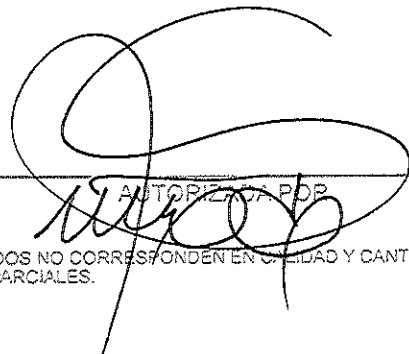
VALOR NETO 16,051
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 16,051
IVA 3,050
TOTAL FACTURA 19,101

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECINUEVE MIL CIENTO 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 CANTIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

26-XI ✓

068443

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LTDA. 806212008

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 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
108	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	3,930.00	424,440

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	424,440
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	424,440
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	80,644
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	505,084

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SAN : QUINIENTOS CINCO MIL OCHENTA Y CUATRO 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.

068442

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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.


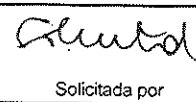


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
86	VASELINA LIQ. por 125ml	523.00	44,978
392	SACARINA 20MG/FCC 180 ML	432.00	169,344

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

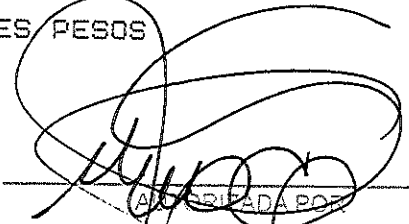
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	214,322
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	214,322
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	40,721
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	255,043

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUARENTA 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.

068441

FECHA: 05-11-2013

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 04-11-2013 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	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	9,000.00	108,000
80	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.00	248,000
39	NISTATINA 500.000 UI por 12	936.00	36,504
3	NISTATINA 100.000 UI por 100 OV	6,800.00	20,400
5	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000	8,900.00	44,500
11	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,900.00	53,900
9	POLIVITAMINICO por 1000	19,000.00	171,000
1,120	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	492,800

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


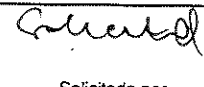


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 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 1,175,104
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,175,104
IVA 223,270
TOTAL FACTURA 1,398,374

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO -

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


AUTORIZADA POR

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): 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.

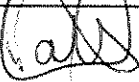
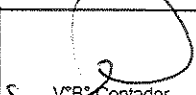
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
300	AMOVAL 1 G X 20 COMP	4,800.00	1,440,000
15	LOMEX 20 MG X 35 CAPS	8,400.00	126,000

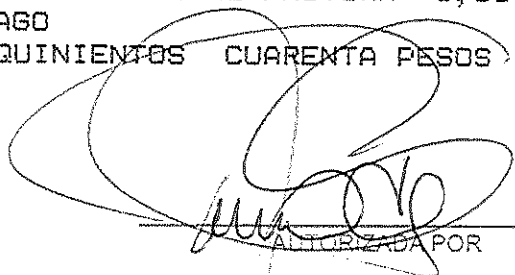
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	1,566,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,566,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	297,540
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,863,540

SDN : UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-11

068439

FECHA: 05-11-2013

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 04-11-2013 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
98	PAROXETINA 20 MG. x 30	1,450.00	142,100

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 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	142,100
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	142,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	26,999
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	169,099

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

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. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 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
600	TRIMEBUTRINO MALEATO 100MG X 20	365.00	219,000
2	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	8,500.00	17,000
1	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	10,000.00	10,000
57	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	1,020.00	58,140
294	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	720.00	211,680
10	CEFADROXILO 500 MG por 100	7,000.00	70,000
1	CAFADROXILO JARABE 250 MG por 25	22,450.00	22,450
9	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,050.00	54,450
1,809	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	120.00	217,080
208	ATORVASTATINA 10 MG por 30	330.00	398,640
18	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,380.00	96,840
2	ERITROMICINA JBE. 200MG/ 5ML por 25	23,850.00	47,700
1	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	9,500.00	9,500
1	DICLOFENACO INF 12,5 MG por 50	2,150.00	2,150
180	AC. ASCORBICO 500 MG por 30	750.00	135,000
2	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	19,000.00	38,000
1	TETRACICLINA 250 MG por 1000	27,000.00	27,000
2	KILNITS SHMP 1% 60 ML	1,760.00	3,520
27	PARACETAMOL 80 MG. POR 200	2,400.00	64,800
1,686	VASELINA SOLIDA 30gr	243.00	409,698
23	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	7,500.00	172,500





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.-

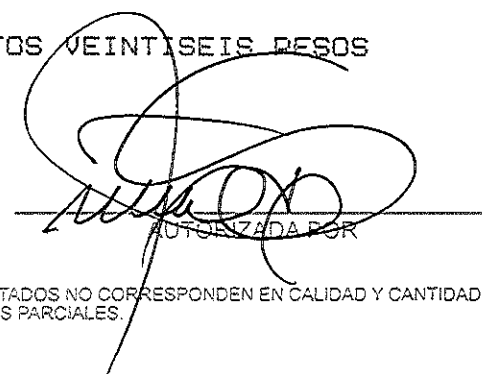
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,285,148
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,285,148
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	434,178
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,719,326

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS 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.

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-11-2013 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	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.00	16,100
5	AMOXICILINA JARABE 500 MG por 25	17,000.00	85,000
70	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	595,000
8	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	15,000.00	120,000
299	ENALAPRILA 10 MG por 1000	1,800.00	538,200
1	CIPROFLOXACINO 500 MG por 1000	15,000.00	15,000
72	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	220.00	15,840
300	PARACETAMOL 500 MG por 1000	3,600.00	1,080,000


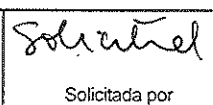
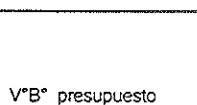
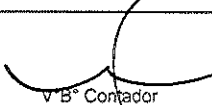
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

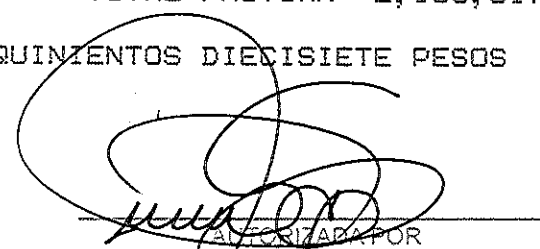
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,465,140
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,465,140
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	468,377
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,933,517

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS DIECISIETE 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): 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 04-11-2013 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	VASELINA SALICILADA 5%	790.00	31,600
372	BENGUE POMADA POTE 30grs	470.00	174,840


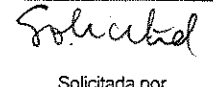
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

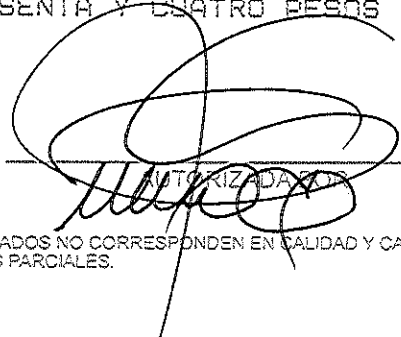
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	206,440
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	206,440
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	39,224
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	245,664

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADO

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

068435

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

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

**** 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	TONER TN210 NEGRO P/HL3040/HL3070	27,150.00	27,150
1	TONER TN210 CYAN P/HL3040/3070	25,550.00	25,550

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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 424121 EXTRAESC. ESC. DEPORTIVAS	VALOR NETO	52,700
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	52,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	10,013
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,713

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TRECE PESOS

	MEMO # 258		
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.

068434

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha ~~Despachar Facturas en Lugar Entrega~~ ¹ ~~04-11-2013~~ ⁰⁴⁻¹¹⁻²⁰¹³ 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
1	FRESA REDONDA CARBIDE B/V Ø18 MEISINGER	930.00	930
2	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - Ø21	930.00	1,860
2	FERMIN	4,000.00	8,000
7	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,500.00	59,500
3	ALGINATO JELTRATE PLUS RAPIDO 454 GRS	2,800.00	8,400
1	ACONDICIONADOR DE TEJIDO RESILENTE MOLLOSIL (DETAX)	38,985.00	38,985

LA FACTURA DEBE 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	117,675
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	117,675
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	22,358
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	140,033

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO CUARENTA MIL TREINTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR

FACTURADA 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

068433

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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
6	SURGITIS CANULA ASPIRACION 2.8 mm.	13,200.00	79,200
2	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	1,378.00	2,756

LA FACTURA DEBE 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
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 81,956
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 81,956
 IVA 15,572
 TOTAL FACTURA 97,528

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO 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): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 04-11-2013 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
4	PIEDRA MONTADA BLANCA	1,092.00	4,368
2	NATIVIP SURTIDAS CAL 29 GA. 20 COD 5116	19,748.00	39,496
2	MICROPILCELES DENBUR X 150 MORADO UDS.	2,017.00	4,034
15	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.00	12,600
2	LIMAS K NII 20 25 MM MAILLEFER	4,538.00	9,076
5	LIMAS FLEXOFILE 15 - 40, MARCA MAILLEFER	4,538.00	22,690
3	GLIDE DENSPLY	23,361.00	70,083
2	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,328.00	2,656
3	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP.BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714.00	17,142
4	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.00	12,100
2	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	1,596


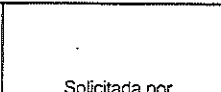
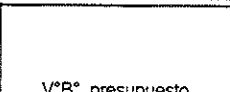

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

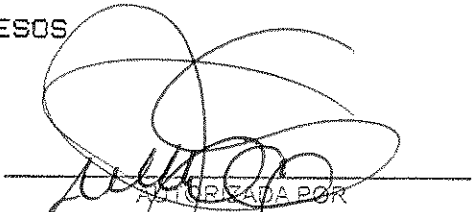
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	195,841
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	195,841
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	37,210
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	233,051

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CINCUENTA 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.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANQUITA

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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
10	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCC	16,639.00	166,390
6	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	11,597.00	69,582
1,000	VASO DESECHABLES	13.00	13,000
1	ULTRACALL 4 JERINGAS DE 1.2 ML. + PUNTAS DE APPLICACION	16,605.00	16,605
7	SILICONA SPEEDEX SUIZO MEDIUM 140 ML	6,807.00	47,649
1	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.00	1,513
1	PIMPOLLO SILICONADO P/M GRIS	1,345.00	1,345
3	CEMENTO ENDODONTICO TOP SEAL DENSPLY	31,765.00	95,295

LA FACTURA DEBE 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	411,379
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	411,379
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	78,162
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	489,541

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SDN : CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS 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.

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 17487 de Fecha 04-11-2013 **** 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	PELICULA RADIOGRAFIA DOBLE MARCA KODAK	22,030.00	22,030
1	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.00	4,690
2	PAPEL ARTICULAR HERRADURA BICOLOR 12 L	3,300.00	6,600
1	LIJA AL AGUA PLIEGO	730.00	730
2	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.00	3,500
4	HIPOCLORITO 5%	991.00	3,964
2	GOMA DIQUE 5X5 VERDE	3,910.00	7,820
9	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) NII 5	530.00	4,770
2	ENDO ICE	13,500.00	27,000
1	CONOS BUTAPERCHA 30 AL 2% DENSPLY	5,733.00	5,733
1	CONOS BUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	5,732.00	5,732
1	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	10,532
1	CERA ROSADA ECOCERA X 30 LAMINA	2,150.00	2,150
1	ALCOHOL DE QUEMAR X LTS.	1,200.00	1,200
2	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML	5,350.00	10,700


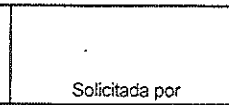
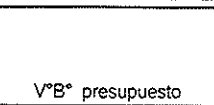
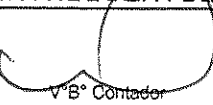
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	117,151
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	117,151
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	22,259
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	139,410

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 17487 de Fecha ~~04-11-2013~~ ⁰⁵⁻¹¹⁻²⁰¹³ 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
12	SILICONA SPEEDEX COLTENE SUIZO ACTIVADOR 60 ML	6,630.00	79,560
4	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	6,430.00	25,720
1	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.00	1,950
1	RELYX U 100 A2 REFIL PACK	49,300.00	49,300
2	PROTAPER 25 MM. S1X6	22,218.00	44,436
2	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	7,000
2	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	7,000

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	214,966
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	214,966
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	40,844
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	255,810

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS

Emisor 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): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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.


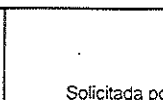
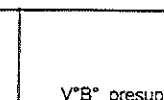
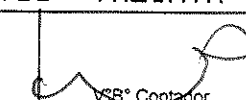
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-022	1,378.00	8,268
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 018	1,045.00	6,270
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 016	1,045.00	6,270
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	1,045.00	6,270
2	FORCEPS INGLES GRUESO	3,700.00	7,400
2	FORCEP BAYONETA FINO	3,700.00	7,400
2	ELEVADOR MEDIANO	1,800.00	3,600
1	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	5,510.00	5,510
1	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A1	5,510.00	5,510

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	56,498
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	56,498
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,735
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,233

SON : SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

 Emite 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. ENRIQUETO ANSUITA

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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
2	JERINGA CARPULE	3,613.00	7,226
6	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA DIAMANTE 801 - 02	655.00	3,930
3	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	2,394

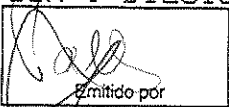

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

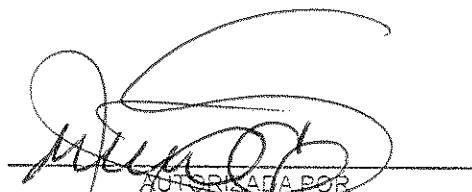
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	13,550
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,550
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,575
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,125

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISEIS MIL CIENTO 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.



ORDEN DE COMPRA

068426

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 17487 de Fecha 04-11-2013 **** 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
1	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	530.00	530
2	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.00	900
2	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.00	902
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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : MINICONULTORIO JUAN PALAU
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 15,062
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 15,062
 IVA 2,862
 TOTAL FACTURA 17,924

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO 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 de Fecha 04-11-2013 **** 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
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	7,000.00	140,000



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. -

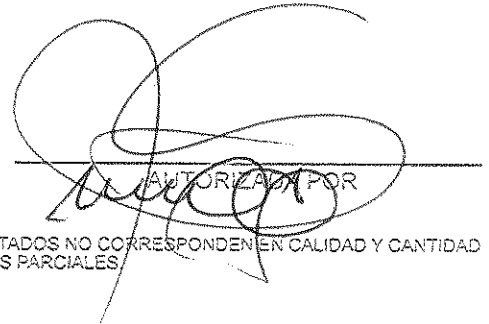
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	140,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	140,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	26,600
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	166,600

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SEN : CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS 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): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIA

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	11,597.00	11,597
200	VASO DESECHABLES	13.00	2,600
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714.00	5,714

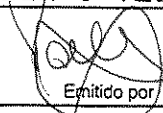

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	19,911
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,911
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,783
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,694

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES MIL SEISCIENTOS 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 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.:

De acuerdo a su cotización N° 17487 de Fecha 04-11-2013 **** 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	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.00	9,380
1	GELITA YODOFORMADA	9,800.00	9,800
1	FORMOCRESOL	4,780.00	4,780
1	DISCO SOF LEX GRUESO NEGRO	10,130.00	10,130
4	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.00	6,400


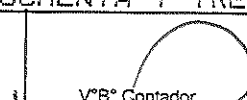
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

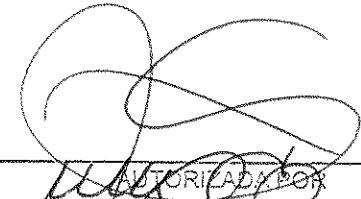
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	40,490
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,490
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,693
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,183

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA 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.:
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 de ~~Despachar factura en lugar de Entrega~~ ~~sin base despachar~~ ~~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	FRESA ARKANZAS REDONDA A/V	1,378.00	13,780
10	FRESA ARKANZAS PINDO A/V	1,378.00	13,780
10	FRESA ARKANZAS LLAMA A/V	1,378.00	13,780
20	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	8,500.00	170,000
10	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,500.00	85,000
10	PORTA MATRIZ PREMOLAR TOFFLEMIRE	1,880.00	18,800
5	LIMAS K N 15 en 25 MM.	3,050.00	15,250

LA FACTURA DEBE 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	330,390
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	330,390
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	62,774
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	393,164

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO 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): 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 04-11-2013 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	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,328.00	19,920
20	ESCOBILLA PULIR MINI TIPO PENACHO	319.00	6,380
5	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3	6,387.00	31,935
2	AMPOLLETA PARA LAMPARA FOTOCURADO 3M	13,025.00	26,050
5	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.00	15,125
10	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	7,980
3	ACEITE PARA TURBINA SPRAY NSK	11,597.00	34,791
3	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	11,597.00	34,791
200	VASO DESECHABLES	13.00	26,000
20	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.00	16,800
10	GELITA (HEMOSTOP)	2,017.00	20,170

LA FACTURA DEBE 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	239,942
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	239,942
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	45,589
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	285,531

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN 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): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 17487 de Fecha 04-11-2013 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
10	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	530.00	5,300
5	DISCO SOF LEX CHICO GRUESO NEGRO	10,135.00	50,675
10	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.00	105,330
15	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	157,980
10	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.00	105,310
10	BLOCK MEZCLA DYCAL	2,990.00	29,900
5	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.00	2,250
5	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.00	2,255
5	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.00	8,000
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	127,300
20	PINCELES	1,930.00	38,600
5	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,051.00	5,255
10	MANGOS DE ESPEJOS (PANDRAMA 55)	520.00	5,200



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. -

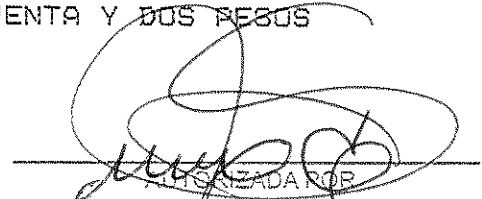
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	643,355
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	643,355
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	122,237
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	765,592

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS 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.

058419

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD REDONDA	1,378.00	27,560
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD LLAMA	1,378.00	27,560
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD BALA	1,378.00	27,560
2	FRESON METALICO P/ACRILICA MEISSINGER ALEMANIA	2,685.00	5,370
2	FRESON DE ACERO FX (GRANO FINO) HM251 - 060	11,600.00	23,200
2	FRESON DE ACERO (GRANO GRUESO) HM79 - 040	2,650.00	5,300
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	1,378.00	27,560

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	144,110
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	144,110
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	27,381
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	171,491

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA 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.



ORDEN DE COMPRA

068418

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA de Fecha 04-11-2013 **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	7,980
72	PASTA DENTAL COLGATE NINO	622.00	44,784
10	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.00	8,400
10	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,328.00	13,280
3	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCO	16,639.00	49,917
300	VASO DESECHABLES	13.00	3,900

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	128,261
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	128,261
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	24,370
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	152,631

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SDM : CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

Emitted 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): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIITA

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 **** 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	ACEITE PARA TURBINA SPRAY NSK	11,597.00	23,194
20	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	15,960
30	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.00	25,200
2	GELITA SOLA CJ/40	7,815.00	15,630
30	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,328.00	39,840
6	ZOCALO DE GOMA (JUEGO)	2,437.00	14,622
20	YESO PIEDRA AMARILLO	1,429.00	28,580
1,500	VASO DESECHABLES	13.00	19,500

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. -

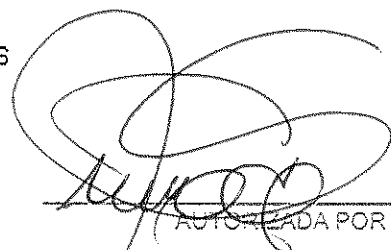
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	182,526
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	182,526
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	34,680
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	217,206

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SAN : DOSCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068416

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 17487 de Fecha 04-11-2013 **** 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
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	63,650
10	PINCELES	1,930.00	19,300
3	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOLUX COLOR A3	29,730.00	89,190
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.00	31,593
72	CEPILLO ORAL-B (NINO) ETAPA 3	1,120.00	80,640
10	BARNIZ FLUOR PROFLUORID VOCCO	13,750.00	137,500

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	421,873
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	421,873
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	80,156
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	502,029

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS DOS MIL VEINTINUEVE 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.

068415

FECHA: 05-11-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 17487 de Fecha ~~04-11-2013~~ **** 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.

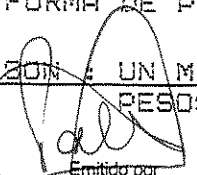

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.00	4,500
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	127,300
6	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350.00	122,100
6	PELICULA RX BITE WING DJ*100	36,680.00	220,080
10	PAPEL ARTICULAR	2,330.00	23,300
1	HIPOCLORITO DE SODIO 4% LITRO	990.00	990
2	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.00	3,900
10	PINCELES	1,930.00	19,300
30	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	530.00	15,900
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,130.00	30,390
20	YESO CORRIENTE X LT.	950.00	19,000
80	TORULA ALGODON TRENZADA NEW STETIC 3.8 cms. x 0.95 cms.	1,930.00	154,400
10	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.00	105,330
10	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	105,320

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	951,810
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	951,810
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	180,844
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,132,654

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
ZON : UN MILLON CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 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

068409

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): MARGOT ARTETA GUERRERO 06887775K

Dirección: JOSE M. INFANTE 3215-G

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
20	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.00	132,400
20	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	127,200
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pags. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	65,975
10	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	176,130

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	501,705
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	501,705
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	95,324
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	597,029

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL VEINTINUEVE 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): MARGOT ARTETA GUERRERO 06887775K

Dirección: JOSE M. INFANTE 3215-6

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
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.00	38,160
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	65,975
2	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	35,226

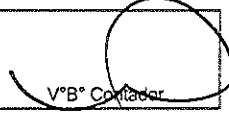
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

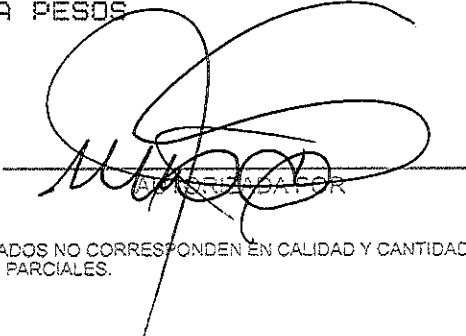
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	139,361
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	139,361
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	26,479
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	165,840

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

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

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

068407

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): MARGOT ARTETA GUERRERO 06887775K

Dirección: JOSE M. INFANTE 3215-G

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-11-2013 ** 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	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 PQS.)	13,195.00	26,390


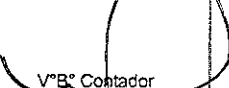
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	26,390
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,390
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,014
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,404

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUATRO 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

068406

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): MARGOT ARTETA GUERRERO 06887775K

Dirección: JOSE M. INFANTE 3215-6

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-11-2013 **** 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
3	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	19,860
6	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,360.00	38,160

LA FACTURA DEBE 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	58,020
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	58,020
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,024
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,044

SON : SESENTA Y NUEVE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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): MARGOT ARTETA GUERRERO 06887775K

Dirección: JOSE M. INFANTE 3215-G

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
10	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	176,130
10	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pqs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	131,950
20	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,360.0	127,200
20	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.0	132,400

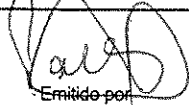
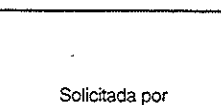
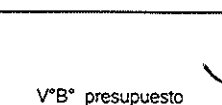
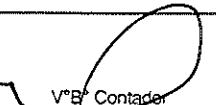
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

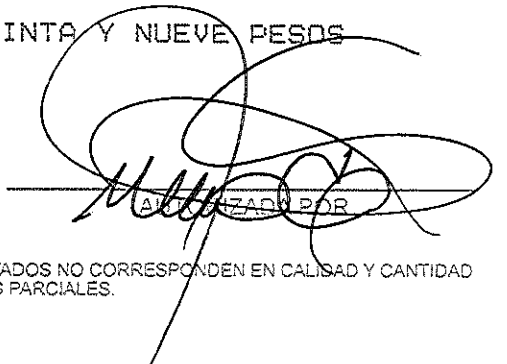
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	567,680
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	567,680
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	107,859
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	675,539

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA 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 LO 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 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
3,000	AGUJA MULTIPLE P/VACUTAINER 21G 1 1/2 B/D X 10	45.00	135,000
100	Ø UDS MEDIO DE TRANSPORTE EN TUBO CARY BLAIR	210.00	21,000


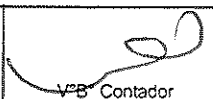
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

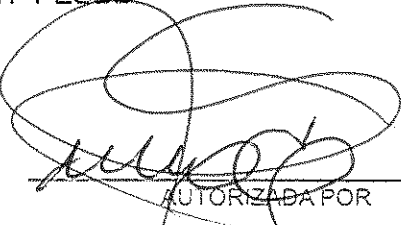
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	156,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	156,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,640
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	176,640

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA 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): CENCOSUD RETAIL S.A. 81201000K

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

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	SILLA NIDO FISHER DISNEY 7250 BEBESIT (SKU 666 926)	21,000.00	84,000


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.-

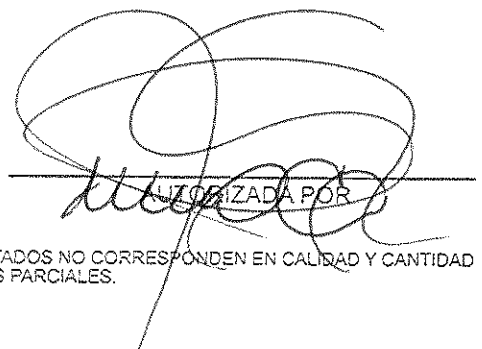
CUENTA : 431104 MOBILIARIO SALUD	VALOR NETO	84,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	84,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,960
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	99,960

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS

	MEMO#1099		
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 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
10	BLOCK DE 100 HOJAS MAMOGRAFIA	9,600.00	96,000
2,000	HOJAS CARTAS CON LOGO	95.00	190,000
4	CAJA CONTINUO BONOS	41,000.00	164,000
1,500	SOBRE 20 X 28 CMS	417.00	625,500
200	SOBRES 25 X 30 CMS	2,940.00	588,000
60	BLOCK DE 100 HOJAS FONASA NIVEL 1	7,840.00	470,400
10	BLOCK DE 50/2	28,500.00	285,000

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	2,418,900
DESTINO : CENTRO IMAGENDLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,418,900
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	459,591
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,878,491

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y - UN PESOS

	MEMO # 259		
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 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	SET DE KETAC MOLAR XT DE 3M	12,350.0	12,350
18	CAJAS DE GUANTES DE LATEX HIPOLERGENICOS TALLA M	3,120.0	56,160
10	BANDEJAS DE INSTRUMENTAL	1,050.0	10,500
2	SET DE VITREBOND PLUS 3M	40,300.0	80,600
5	CAJAS DE SUPER FLOSS ORAL B	1,300.0	6,500
1	SET DE FRESAS PARA PROTESIS FIJA	10,730.0	10,730
3	TIRAS DE EXTRACTORES PULPARES	1,936.0	5,808
4	SET DE SISTEMP ONLAY DE VIVADENT	20,250.0	81,000
1	SET DE VISCOSTAT ULTRADENT	24,530.0	24,530



LA FACTURA DEBE 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.-

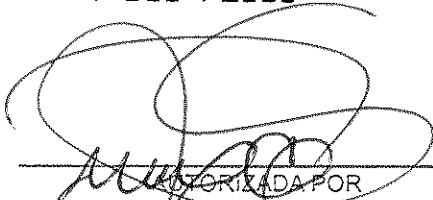
CUENTA : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	288,178
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	288,178
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	54,754
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	342,932

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

	MEMO	
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): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

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	CAJAS DE MASCARILLAS CON VISOR TRANSPARENTE	14,760.0	59,040
100	ESCOBILLAS DE PROFILAXIS DURAS	290.0	29,000
10	CAJAS DE TIPS O MICROAPLICACIONES DE TAMANO PEQUENO	2,000.0	20,000
5	ESPATULAS DE CEMENTO DE ACERO	780.0	3,900
3	SET DE SILICONA DE ADICION PARA PISTOLA (LIVIANA EXTRA RAPIDA)	6,440.0	19,320
3	SET DE SILICONA DE ADICION CONSISTENCIA PESADA	11,160.0	33,480
4	CAJAS DE PUNTAS MEZCLADORAS PARA PISTOLA DE SILICONA	4,510.0	18,040
5	DYCALEROS	530.0	2,650
2	SET DE FRESAS LARGO 1-2-3	6,530.0	13,060
2	HILOS RETRACTORES ULTRADENTDOBLE Ø	3,590.0	7,180
2	BOTELLAS DE POLVO PARA AIR PROPHY	15,970.0	31,940



LA FACTURA DEBE 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.-

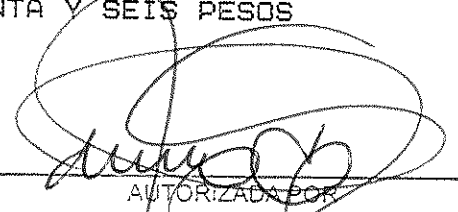
CUENTA : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	237,610
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	237,610
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	45,146
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	282,756

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

	MEMO		
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
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	PUNTAS D CAVITRON 30 G UNIVERSAL	33,193.0	132,772
10	CAJAS DE MASCARILLAS	840.0	8,400
5	BOLSAS DE SERVILLETAS IMPERMEABLES PARA PACIENTES	1,849.0	9,245
5	PORTA AGUJAS TIPO MATHIEU (PALMAR)	1,849.0	9,245
2	BIDONES DE DETERGENTE ENZIMATICO	13,866.0	27,732
3	BOLSA DE EYECTORES	1,244.0	3,732
10	SONDAS CURVAS MAILLEFFER	3,697.0	36,970
10	PINZAS DE ALGODON	672.0	6,720
5	JERINGAS CARPULES	3,613.0	18,065
10	FRESAS DE CARBIDE DE BAJA N3	756.0	7,560
10	FRESAS DE CARBIDE DE BAJA N4	756.0	7,560
10	FRESAS DE CARBIDE DE BAJA N6	756.0	7,560
10	FRESAS DE CARBIDE DE BAJA N8	756.0	7,560
500	VASOS PARA PASIENTE DESECHABLES	13.0	6,500
3	CAJAS DE MEPIVACAINA AL 2% EN TUBO DE VIDRIO	7,647.0	22,941
1	SET DE CEMENTO RELYX TM U 100 EN CLICKER KIT INTRODUCTORIA	41,849.0	41,849
2	SET DE CORONAS PROVISORIAS DE ACRILICO DE PREMOLARES	41,092.0	82,184
2	BIDONES DE CLORHEXIDINA AL 0.12%	5,462.0	10,924
1	SET DE FRESAS ACABADO RESINA	7,311.0	7,311
10	FRESAS TRANSMETALICAS	1,555.0	15,550
1	FRESAS REDONDA DIAMANTE	630.0	630
1	FRESAS PERIFORMES DE DIAMANTES	630.0	630
16	BIDONES DE AGUA DESTILADA	924.0	14,784
1	SET DE POSTES DE FIBRAS DE VIDRIO RELYX FIBER POST	75,546.0	75,546
1	SET DE CINTA TESTIGO AUTOADHESIVA PUPINEL	1,429.0	1,429
1	SET DE ESPATULAS DE RESINA COMPUESTA	11,345.0	11,345
1	SET DE GOMAS DE PULIR ACRILICO PARA PIEZA DE MANO	1,513.0	1,513


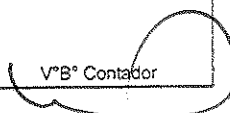
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

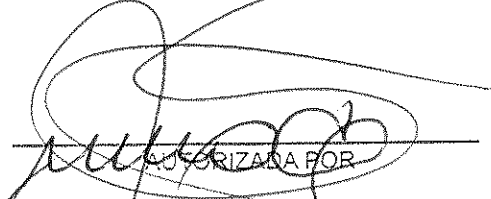
CUENTA : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	576,257
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	576,257
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	109,489
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	685,746

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR


COMERCIALIZADORA FOR

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: JOSÉ JOAQUIN VALLEJOS # 1508 - E

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	TRASLADO VECINOS Y FUNCIONARIOS C. APOQUINDO	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 - FONONO: 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 DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,850,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : CONTADO	TOTAL FACTURA	3,850,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA 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): NOVARTIS CHILE S.A. 83002400K

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

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	LEPONEX 100 MG 30 COMPRIMIDOS	31,395.00	125,580

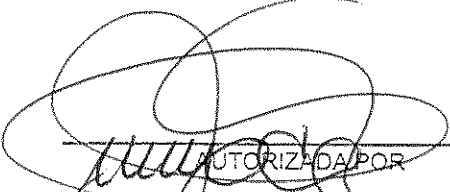
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	125,580
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	125,580
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,860
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	149,440
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS		

 Emitido por	Segon MEMO 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): GALENICA S. A. 796220600

Dirección: AV. SALVADOR 1505

Teléfono: 2090768

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
2	LYPHOCHECK CHEMISTRY ASSAYED LEVEL I 12X5 ML	246,355.00	492,710
1	LYPHOCHECK CHEMISTRY ASSAYED LEVEL II 12X5 ML	246,355.00	246,355



LA FACTURA DEBE 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.-

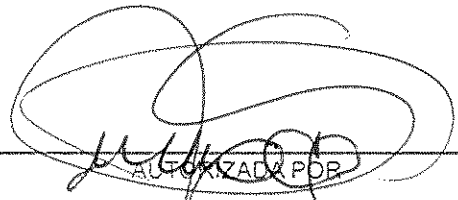
CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	739,065
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	739,065
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	140,422
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	879,487

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE 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

068392

6-X1

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINDS 2507

Teléfono: 4356053

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	ALCOHOL DESNATURALIZADO 70% CAJA X 12	15,336.00	30,672
10	GUANTE PROCEDIMIENTO VINILO M CAJA X 100	1,400.00	14,000
200	MARIPOSA VEIN 23 G 3/4 CAJA X 100	38.00	7,600
2,000	PARCHE CURITA	7.00	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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	66,272
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	66,272
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,592
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,864

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO 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.



ORDEN DE COMPRA

068391

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): TRANSPORTES JOSE NICOLAS MARIN MUNOZ E. I. R. L. 763216845

Dirección: JOSÉ 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 PERSONAL C.A. ARIZTIA	3,120,000.00	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 - FONOS: 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 : CONTADO

VALOR NETO 3,120,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 3,120,000
 IVA 0
 TOTAL FACTURA 3,120,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES 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 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 1500

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAD

De acuerdo a su cotización N° 15

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-11-2013 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
18	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC CON GAS	410	7,380
15	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 270 GRS.	2,780	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

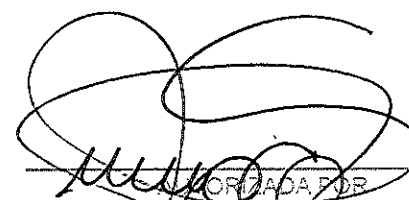
CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 49,080
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 49,080
IVA 9,325
TOTAL FACTURA 58,405

SUM. : CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


FORMADA POR

OBSERVACIONES:

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

068389

04-11-2013

FECHA:

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 983569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 25

de Fecha 04-11-2013

sírvase despachar

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


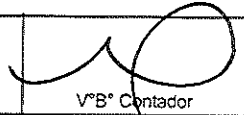
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AZUCAR 1KG TANSA	545.00	5,450
24	COCA-COLA LIGHT 1500 CC POR UNIDAD	750.00	18,000
10	TE DE HIERBAS SUPREMO SURTIDAS X100 BOLSITAS	1,944.00	19,440
8	TE LIPTON ETIQUETA NEGRA CAJA X 100	1,992.00	15,936

LA FACTURA DEBE 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

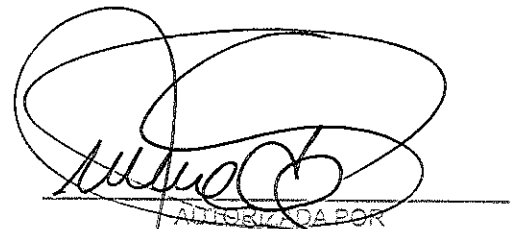
~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	58,826
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	58,826
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	11,177
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	70,003
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SETENTA MIL 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.



ORDEN DE COMPRA ***

068388

04-11-2013

FECHA:

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° 13

de Fecha 04-11-2013

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	CINTA IMPRESORA EPSON LX-300	2,290.00	4,580
10	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 35 X 70 ADETEC DISPLAY	220.00	2,200
2	TONER IMPRESORA HP. Q-7553A	36,990.00	73,980

LA FACTURA DEBE 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	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	80,760
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	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	96,104

SON : NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CUATRO 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.



ORDEN DE COMPRA

4-X

068387

04-11-2013

FECHA:

Señor(es): JC PRINT E.I.R.L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 3 de Fecha 04-11-2013 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	LECTO GRABADOR DVD 52X INTERNO	16,990.00	33,980
3	PAPEL IMPR. H.P. 51634Y PREMIUM/200H/98G 200 H OJAS	4,590.00	13,770

LA FACTURA DEBE 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	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	47,750
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 47,750
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA 9,073
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 56,823

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTITRES 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): 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° 13

de Fecha 04-11-2013

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	LIMPIA PANTALLA COMPUTADOR	1,223.00	2,446
5	MOUSE USB GENIUS	1,960.00	9,800
45	MOUSE CON SCROLL USB	1,960.00	88,200
22	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	7,220.00	158,840
3	PUNTERO LASER	3,300.00	9,900


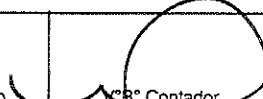
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	269,186
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 269,186
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA 51,145
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 320,331

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UN 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.

068385

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° **23**

de Fecha **04-11-2013**

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	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,200.00	11,000
44	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	11,308
3	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	257.00	771
30	DVD-R IMATION 4.7 GB 8X STANDARD	244.00	7,320
50	DVD-RW IMATION 4.7 GB 16X	244.00	12,200
2	DVD-RW SONY HANDYCAM	350.00	700
1	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 11 X17 MM. FLUORECENTE S ROJA	530.00	530
2	FILTRO MONITOR 14/15 AF-100L 3M	24,500.00	49,000
4	HUB USB DE 4 PUERTOS	3,736.00	14,944
1	KIT LIMPIEZA COMPUTADOR	1,230.00	1,230
5	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	1,800.00	9,000
4	PLUMON PARA MARCAR CD NEGRO	279.00	1,116
10	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	3,525.00	35,250



LA FACTURA DEBE 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.~~

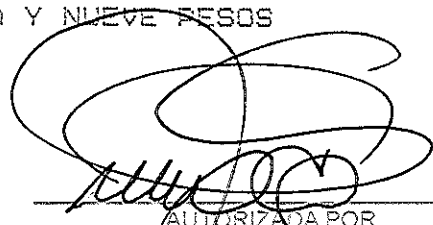
CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	154,369
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 154,369
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA 29,330
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 183,699

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA 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.

068384

04-11-2013

FECHA:

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 3 de Fecha 04-11-2013 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	LIMPIADOR LECTOR CD KENSINGTON	10,990.00	65,940
8	MASTER RISO CZ 180	29,875.00	239,000
2	PAPEL FOTOGRAFICO PLUS (IMPRESORA) X 20 HOJAS	3,790.00	7,580
9	TINTA RISO CZ 180 BLACK	18,625.00	149,000


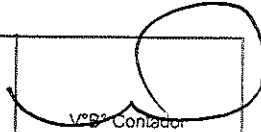
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

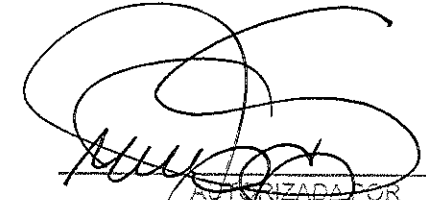
No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	461,520
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	461,520
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	87,689
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	549,209

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SEN : QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS

	
Emitido 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.

068383

04-11-2013

FECHA:

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° 14

de Fecha 04-11-2013

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
57	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	509.00	29,013
2	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	390.00	780
10	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	128.00	1,280
8	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	110.00	880
5	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,389.00	6,945
4	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	50.00	200
5	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 500 HOJAS	1,662.00	8,310
6	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	355.00	2,130
15	CINTA IMPRESORA P/OKIDATA 420	8,900.00	133,500
5	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	224.00	1,120
5	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	562.00	2,810
2	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	330.00	660
5	CUCHILLO CARTONERO	135.00	675
5	DESTACADOR BIC AMARILLO	198.00	990
212	GOMA DE BORRAR	40.00	8,480
6	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	585.00	3,510
20	PAPEL CALCO OFICIO x 25 u	598.00	11,960
29	PAPEL CRAF PLIEGO	39.00	1,131
5	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR ROSADO 500 HOJAS	4,750.00	23,750
40	PAPEL MANTEQUILLA 80X100 40 GR.	68.00	2,720
185	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,382.00	255,670
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,160.00	63,200
2	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,580.00	3,160
21	PILAS AAA x 4	1,410.00	29,610
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	180.00	900
20	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	180.00	3,600
8	PORTA TACO CALENDARIO GRANDE	1,200.00	9,600
20	SACA CORCHETE PALANCA	175.00	3,500
12	STICK FIX 40 gr. UHU	530.00	6,360
10	TIJERAS GRANDE	320.00	3,200

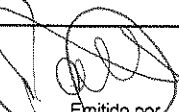
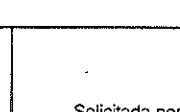
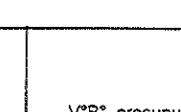
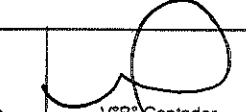
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

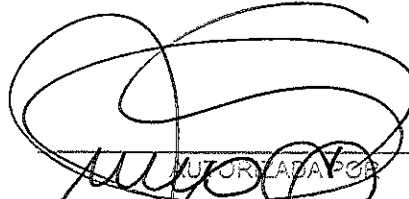
CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	619,644
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	619,644
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	117,732
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	737,376

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA 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.

068382

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 23

de Fecha 04-11-2013 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
245	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	389,550
1	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,785.00	1,785
25	PEGAMENTO UNIVERSAL 33 ML. UHU	450.00	11,250
2	PILAS CR 2032 3 VOL	168.00	336
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,400.00	2,800
12	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	220.00	2,640
2	PINCEL GERMAN 101 N° 5	125.00	250
12	PINCEL GERMAN 101 N° 11	128.00	1,536
1	PITILLA CONO	477.00	477
2	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	215.00	430
6	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	211.00	1,266
6	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	211.00	1,266
20	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	428.00	8,560
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	428.00	4,280
5	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	428.00	2,140
12	PLUMON DELGADO X 12 COLORES ARTEL	380.00	4,560
2	PORTA BANDERITA DE COLORES	2,493.00	4,986
8	PORTATACO CALENDARIO GRANDE SEMICUERO NEGRO	3,400.00	27,200
30	SACA PUNTAS METALICO	95.00	2,850
20	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234.00	4,680
1	TEMPERA 12 COLORES ARTEL	590.00	590
7	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	922.00	6,454
6	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	922.00	5,532
7	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	922.00	6,454
11	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	922.00	10,142
9	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	922.00	8,298
4	TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL	922.00	3,688
5	TRANSPARENCIAS PARA INKJET COLOR 50 HOJAS	3,450.00	17,250

LA FACTURA DEBE 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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	531,250
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	531,250
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	100,938
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	632,188

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CIENTO 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068381

04-11-2013

FECHA:

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° 23

** Despachar factura en Lugar Entrega **
04-11-2013

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
45	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	3,420
45	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	3,420
40	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.00	3,040
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.00	380
40	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	3,040
50	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	3,800
50	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	76.00	3,800
70	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.00	5,320
50	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	3,800
70	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	5,320
6	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,325.00	49,950
25	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	187.00	4,675
5	CLIPS MAGICOS 50 UD. PLATEADO 4.8 MM. ADIX CAJA	444.00	2,220
1	CLIPS MEDIANO X KG	115.00	115
12	COLA FRIA BOQUILLA DISP.120 GR. T.AZUL PEGAFIX	394.00	4,728
6	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	349.00	2,094
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	290.00	2,900
5	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	2,779.00	13,895
5	DESTACADOR NARANJO	190.00	950
5	ESCARCHA DIFERENTES COLORES	445.00	2,225
50	GRAPA NOVUS 53/6 MM. CAJA DE 5000	2,096.00	104,800
212	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	81.00	17,172
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	1,176
50	LAPIZ FIBRA 0.4 ARTLINE 200 AZUL	452.00	22,600
12	MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.	794.00	9,528
5	PAPEL CONTINUO BONO	9,950.00	49,750
15	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	645
5	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	82.00	410
5	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	82.00	410
5	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	82.00	410
5	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND.	82.00	410

LA FACTURA DEBE 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	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	326,403
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	326,403
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	62,017
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	388,420

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-11-2013

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 acuerdo a su cotización N° 23

de Fecha 04-11-2013

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	ARCILLA PROFESIONAL ARTEL BLANCA 1 KILD	953.00	5,718
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	5,460
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	152.00	1,824
15	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	589.00	8,835
51	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	449.00	22,899
5	CAJA ALFILERES	136.00	680
2	CAJA BROCHES METALICOS	360.00	720
1	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	129.00	129
8	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/6	241.00	1,928
17	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	310.00	5,270
2	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	109.00	218
2	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	85.00	170
5	CAJA ARCHIVO STANDARD RHEIN KRAFT	185.00	925
12	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	320.00	3,840
2	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA AMARILLO REPROGRAF	3,979.00	7,958
5	CARPETA ARTE COLOR ARTEL MICROCORRUGADO 6	589.00	2,945
20	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	1,120
5	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	373.00	1,865
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	148.00	740
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	148.00	740
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	148.00	740
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	148.00	740
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	148.00	740
62	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	290.00	17,980
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	214.00	2,140
30	CARTON FORRADO 77X110 CM. 330 GR.	175.00	5,250
5	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	248.00	1,240
42	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	320.00	13,440
10	CARTULINA PINTAD 53X85 GRIS ARTEL	112.00	1,120
5	CARTULINA PINTAD 53X75 NEGRO ARTEL	112.00	560
45	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	270.00	12,150
45	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	270.00	12,150
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	270.00	1,350
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	270.00	1,350
50	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	3,800

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 facturación del pago de este documento.

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	148,734
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	148,734
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	28,259
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	176,993

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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.

068379

04-11-2013

FECHA:

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 4 de Fecha 04-11-2013 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	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	1,490.00	14,900
6	LAPIZ TOP 505 PASTA AZUL	390.00	2,340
6	MASTER DUPLICADOR LDD 025	38,900.00	233,400
10	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	59.00	590
20	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	450.00	9,000
10	PLUMON OHP M ROJO	500.00	5,000
1	TARJETERO VINILICO PARA 100 TARJETAS	685.00	685
6	TINTA LDD 025	9,590.00	57,540

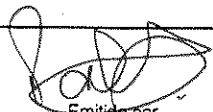
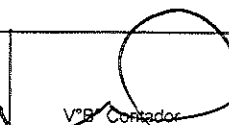
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	323,455
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	323,455
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	61,456
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	384,911

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS ONCE 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 ***

068378

04-11-2013

FECHA:

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° 12

de Fecha 04-11-2013 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	BOLSA BASURA 80X110	559.00	11,180
20	BOLSA BASURA 80X120	722.00	14,440
50	COLOR X LITRO	289.00	14,450
14	COLOR GEL	565.00	7,910
36	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,174.00	42,264
17	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	820.00	13,940
4	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	5,500.00	22,000
11	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	26,950
11	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	550.00	6,050
64	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,125.00	392,000
50	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	227.00	11,350
20	TOALLA NOVA	308.00	6,160
190	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	511.00	97,090
100	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	657.00	65,700

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 factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	731,484
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	731,484
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	138,982
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	870,466

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : OCHOCIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA 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 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 acuerdo a su cotización N° 22

de Fecha 04-11-2013

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	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182
150	BOLSA BASURA 50X70	194.00	29,100
100	BOLSA BASURA 50X90	380.00	38,000
16	CIF CREMA X 750 CC	710.00	11,360
24	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC AQUAMARI	3,490.00	83,760
12	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC CITRICO	3,490.00	41,880
24	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC LAVANDA	3,490.00	83,760
29	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	688.00	19,952
3	GUANTES GOMA 7 1/2	490.00	1,470
5	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872.00	9,360
10	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	12,000
4	JABON LIQ. VERDEN DOSIFICADOR 340 C.C.	493.00	1,972
8	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	5,192
28	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	36,120
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	14,529.00	14,529
4	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	3,480
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	13.00	1,300
200	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	14.00	2,800
5	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,268.00	6,340

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 factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	403,557
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	403,557
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	76,676
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	480,233

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

4X1

068376

04-11-2013

FECHA:

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 04-11-2013 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
500	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	6.00	3,000
6	ESPONJA P/ LOZA	99.00	594
15	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	3,900.00	58,500
16	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.00	22,400

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO

DESTINO : DIRECCION DE SALUD

PLAZO ENTREGA : 24 HORAS

LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 84,494

DESCUENTO 0.0 0

SUB-TOTAL 84,494

IVA 16,054

TOTAL FACTURA 100,548

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.

FECHA: 04-11-2013

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° 12

de Fecha 04-11-2013

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	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,125.00	147,000
50	PANO AMARILLO	117.00	5,850
10	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	125.00	1,250
50	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 20 WATTS	168.00	8,400
80	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	168.00	13,440
218	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	227.00	49,486
22	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	6,125.00	134,750
10	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	511.00	5,110
50	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	657.00	32,850

LA FACTURA DEBE 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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	398,136
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	398,136
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	75,646
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	473,782

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

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

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): 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° 12

de Fecha 04-11-2013 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	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	2,120.00	4,240
10	BASURERO P/SALAS MEDIANO	1,550.00	15,500
30	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405.00	12,150
60	BOLSA BASURA 80X110	559.00	33,540
90	BOLSA BASURA 80X120	722.00	64,980
8	BOLSA BASURA 130X130	3,080.00	24,640
5	CLORINDA X LTS	289.00	1,445
40	CLORO GEL	565.00	22,600
9	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120.00	19,080
2	DESENGRASANTE X 5 LTS	2,120.00	4,240
21	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,174.00	24,654
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.POLAR POETT	820.00	4,100
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.PRIMAVERAL POETT	820.00	4,100
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BANO SOL POETT	820.00	4,100
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLADE	820.00	4,100
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. FRESCURA FR POETT	820.00	4,100
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POETT	820.00	4,100
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT	820.00	4,100
20	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	820.00	16,400
3	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	8,800.00	26,400
15	ESPONJA BONDRIL	180.00	2,700
27	ESPONJA VIRUTEX	180.00	4,860
13	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,650.00	47,450
1	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	2,450
9	LAVALOZAS X 5 LTS	2,540.00	22,860
24	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	64,536
6	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282.00	13,692
15	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	550.00	8,250
18	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	1,990.00	35,820


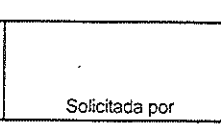
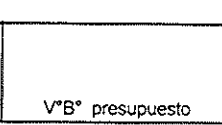
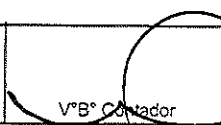
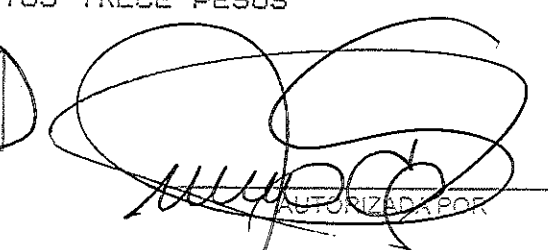
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	501,187
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	501,187
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	95,226
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	596,413

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TRECE 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

068373

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 22

de Fecha 04-11-2013 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
11	SACA ZARRO FRASCO	1,743.00	19,173
2	SOPAPO	413.00	826
1	TDALLA NOVA P/DISPENSADOR X 12	6,900.00	6,900
12	TRAPERO DOBLE C/OJAL	641.00	7,692
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,127.00	11,270
10	TRAPERO TRAMY ABSORVENTE 55X49	1,767.00	17,670
900	VASOS PLASTICOS 300 CC.	13.00	11,700
700	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	14.00	9,800
29	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,268.00	36,772
5	VIRUTILLA FINA PARA PISOS	375.00	1,875
10	VIRUTILLA P/OLLAS S. BRITE	454.00	4,540


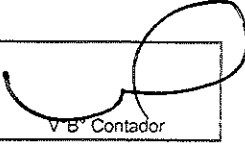
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

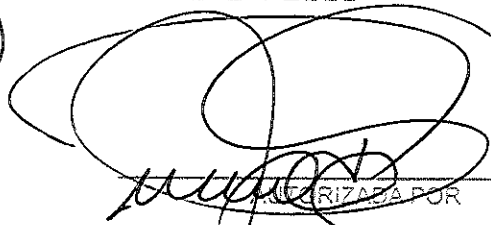
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	128,218
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	128,218
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	24,361
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	152,579

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS 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.

068372

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 22

de Fecha 04-11-2013

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	ESPONJA OLLA ACERO STANDARD VIRGINIA	118.00	2,360
3	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	720.00	2,160
10	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	19,870
5	GLASSEX RECARGA	673.00	3,365
6	GUANTES AMARILLO TALLA L	262.00	1,572
12	GUANTES GOMA 7 1/2	490.00	5,880
5	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	490.00	2,450
10	GUANTES PVC TAM. L	800.00	8,000
20	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,224.00	24,480
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. AMARILLA	234.00	234
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. AZUL	234.00	234
53	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. NEGRA	234.00	12,402
3	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. ROJA	234.00	702
3	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. VERDE	234.00	702
10	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872.00	18,720
3	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	3,600
12	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	5,500.00	66,000
44	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	28,556
17	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,346.00	22,882
3	MOPA CLASICA VILEDA C/MANGO REUTILIZABLE	4,876.00	14,628
10	MOPA FIBRA 16	1,668.00	16,680
5	MULTIDETERGENTE MARINO POR LITRO	1,985.00	9,925
20	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	416.00	8,320
8	PAPEL ALUMINIO	366.00	2,928
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	4,660
18	PANO MULTIUSO GRANDE	267.00	4,806
10	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	390.00	3,900
5	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	349.00	1,745
10	PANOS OSNABURGO 40X70 CM. GRIS	273.00	2,730
10	PANOS SACO CON OJAL	475.00	4,750
16	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	435.00	6,960
14	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	12,180
13	PLUMERO	388.00	5,044
10	PLUMILLA LIMPIA VIDRIOS	1,237.00	12,370
3	REPUESTO MOPA HUMEDA	1,729.00	5,187

LA FACTURA DEBE 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	340,982
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	340,982
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	64,787
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	405,769

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE 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 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 acuerdo a su cotización N° 22

de Fecha 04-11-2013

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	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,026.00	20,260
6	ALGODON EN VARITAS COTONITOS X 200 UN	696.00	4,176
12	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	1,000.00	12,000
20	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	23,640
10	AMPOLLETA 40 WATT	175.00	1,750
5	ANTIGRASA X 500 ML	638.00	3,190
5	BARREDOR DE AGUA x 37 CM	799.00	3,995
4	BARREDOR DE AGUA x 60 cms	4,601.00	18,404
32	BOLSA BASURA 50X70	194.00	6,208
20	BOLSA BASURA 120X130	2,439.00	48,780
56	CIF CREMA X 750 CC	710.00	39,760
5	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	864.00	4,320
1	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,125.00	2,125
10	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC AQUAMARI	3,490.00	34,900
10	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC AZUL MAR COR	3,490.00	34,900
10	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC LAVANDA	3,490.00	34,900
10	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC MAGNOLIA	3,490.00	34,900
5	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	1,500.00	7,500
15	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. ACQUA MARINE AIR WICK	688.00	10,320
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BCA. AIR WICK	688.00	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	688.00	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SPA GLADE	1,131.00	5,655
7	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + REPUESTO LAVANDA	5,891.00	41,237
14	DETERGENTE OMO 400 KGS	695.00	9,730
10	ESCOBILLON PARA LIMPIAR TAZA DE WC	479.00	4,790
10	ESCOBILLA PARA LIMPIAR AZULEJOS	525.00	5,250
40	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	11,360


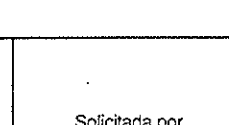
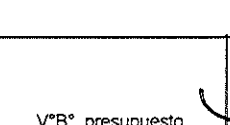
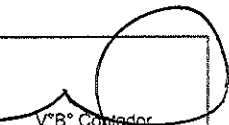
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

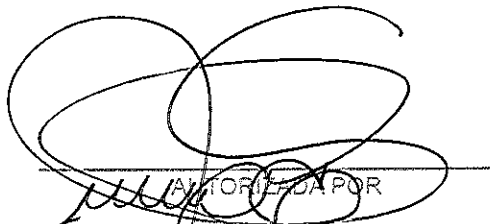
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	430,930
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	430,930
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	81,877
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	512,807

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS SIETE 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.

068370

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 04-11-2013 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	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.	499.00	2,994
10	BONBRIL	200.00	2,000
4	BOTA AGUA DE PLASTICO DE 75 CM. PARA PISO	11,647.00	46,588
52	CLORO X 5 LTS	950.00	49,400
15	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	3,100.00	46,500
19	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	2,150.00	40,850
10	ESPATULAS	1,000.00	10,000
2	EXTENCION TELESCOPICA WINKLER	3,800.00	7,600
15	ESPONJA P/ LOZA	99.00	1,485
1	LUSTRA MUEBLES X 5 LTS	6,390.00	6,390
3	MANGO DE MADERA PARA MOPA	16,000.00	48,000
5	PALA BASURA PLASTICA	600.00	3,000
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	3,900.00	39,000
2	PAPELERO CON PEDAL 34 LTS.	4,900.00	9,800
10	PANOS COCINA	290.00	2,900
26	SERVILLETA NOVA 22X23	210.00	5,460
19	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.00	26,600

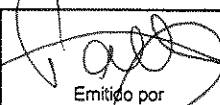
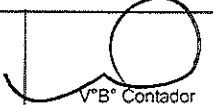
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

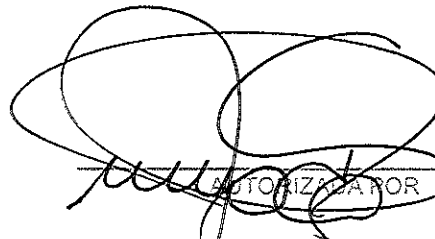
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	348,567
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	348,567
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	66,228
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	414,795

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO 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.

068369

04-11-2013

FECHA:

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° 12

de Fecha 04-11-2013 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


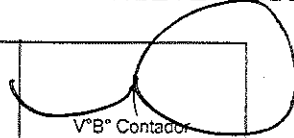
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	2,890
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,890
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	549
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,439

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068368

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 22

de Fecha 04-11-2013 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	AMPOLLETA 60 WATT	175.00	1,400
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
4	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 POTS	14,529.00	58,116

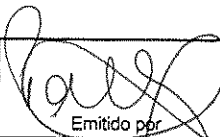
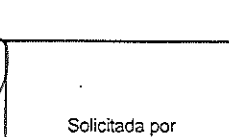
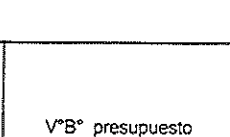
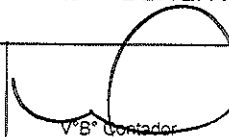
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

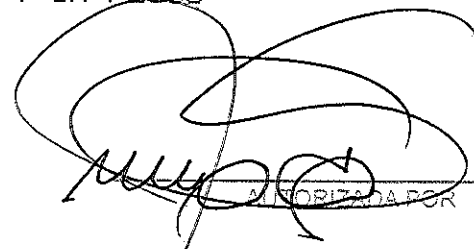
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	98,976
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	98,976
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	18,805
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	117,781

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : 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 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

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 04-11-2013 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	PEGAMENTO LA GOTITA	656.00	1,312
5	PILAS AAA x 4	1,410.00	7,050
2	PIZARRA CORCHO 80X70 CM.	13,900.00	27,800
3	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	180.00	540
1	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	180.00	180
2	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VERDE	180.00	360
6	PLUMON PIZARRA MAGNETICA AZUL	180.00	1,080
3	PLUMON PIZARRA MAGNETICA ROJO	180.00	540
7	PORTA MINAS 0.7	240.00	1,680
60	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	198.00	11,880
12	REGLA METALICA X 50 CM.	1,185.00	14,220
5	REVISTERO OFICIO SIMPLE REJILLA NEGRA	2,100.00	10,500
2	ROLLO DE ESPERA DE PUBLICO DIFERENTES COLORES X 3000 NUM	1,050.00	2,100
1	SACA CORCHETE PALANCA	175.00	175
9	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	587.00	5,283
30	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN JG	825.00	24,750
5	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	99.00	495
43	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	895.00	38,485
2	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	540.00	1,080
23	STICK FIX 40 gr. UHU	530.00	12,190
13	TIJERAS GRANDE	320.00	4,160
2	TONER HP LASERJET P2055DN (05 A)	32,380.00	64,760
4	TONER HP Q2612A (12 A)	28,150.00	112,600

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	343,220
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	343,220
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	65,212
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	408,432

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068366

04-11-2013

FECHA:

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 04-11-2013 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	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	560.00	8,400
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	898.00	1,796
3	ARCHIVADOR PALANCA 1/2 OFICIO	585.00	1,755
4	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	390.00	1,560
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	450.00	900
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	298.00	1,490
1	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	265.00	265
4	CAJA ARCHIVO STANDARD RHEIN KRAFT	480.00	1,920
8	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	105.00	840
8	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	105.00	840
8	CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO	105.00	840
2	CARTRIDGE HP C6656AL (56)	10,050.00	20,100
2	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	355.00	710
16	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	355.00	5,680
15	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	680.00	10,200
4	CINTA IMPRESORA P/OKIDATA 320 TURBO	3,443.00	13,772
5	CORCHETERA BOSH	2,940.00	14,700
14	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	224.00	3,136
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	471.00	4,710
75	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	562.00	42,150
7	CUADERNO GRADUADO CON ESPIRAL 100 HJS. MATEMAT.	312.00	2,184
19	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	330.00	6,270
12	CUCHILLO CARTONERO	135.00	1,620
29	DESTACADOR BIC AMARILLO	198.00	5,742
4	FUNDAS PLASTICAS CARTA	17.00	68
24	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	19.00	456
10	INDICE ARCHIVADOR OFICIO	587.00	5,870
6	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	990.00	5,940
13	MARCADOR ROPA M10 AZUL	585.00	7,605
12	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	585.00	7,020
13	MARCADOR ROPA M10 ROJO	585.00	7,605
186	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,382.00	257,052

LA FACTURA DEBE 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	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	443,196
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	443,196
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	84,207
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	527,403

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA ***

068365

04-11-2013

FECHA:

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 04-11-2013 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
22	POST IT CHICO AMARILLO higland	148.00	3,256
51	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	13,260
10	REGLA 30 CM ARTEL	90.00	900
5	REGLA 30 CM CRISTAL	95.00	475
2	SACA CORCHETE PINZAS	174.00	348
1	SACA PUNTAS METALICO	96.00	96
3	SEPARADOR CARTULINA 1/2 OFICIO INDICE ALFAB. B LANC	249.00	747
2	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	160.00	320
8	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	1,688
1	TIJERAS ZIG-ZAG	1,000.00	1,000
2	TONER HP CE285A NEGRO	19,574.00	39,148

LA FACTURA DEBE 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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	61,238
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	61,238
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	11,635
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	72,873

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-11-2013 sírvase despachar

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

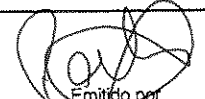
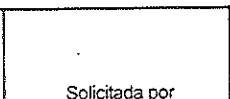
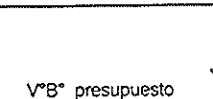

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	DEDOS GOMA AZUL	47.00	188
3	DEDOS GOMA ROJO	47.00	141
4	DESTACADOR AMARILLO	169.00	676
4	DESTACADOR CELESTE	169.00	676
8	DESTACADOR NARANJO	169.00	1,352
5	DESTACADOR ROSADO	169.00	845
7	DESTACADOR VERDE	169.00	1,183
16	ELASTICO X KILO	1,939.00	31,024
2	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM AMARILLA	530.00	1,060
2	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM VERDE CLARO	530.00	1,060
2	FORRO PLASTICO CUADERNO UNIVERSITARIO TRANSP.	49.00	98
1	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT AZUL	236.00	236
4	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	236.00	944
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	880
14	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	1,008
37	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	3,626
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	1,274
5	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	490
5	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98.00	490
116	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	11,136
46	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	4,416
21	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	2,016
7	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	1,299.00	9,093
7	MARCADOR ROPA M10 VERDE	610.00	4,270
3	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	85.00	255
3	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	85.00	255
70	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	111,300
3	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	450.00	1,350
34	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	460.00	15,640
10	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID.	475.00	4,750
6	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	4,228.00	25,368
1	PORTA LAPIZ ACRILICO	488.00	488
3	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	1,981.00	5,943
14	PORTA SCOTCH UNID.	728.00	10,192

LA FACTURA DEBE 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

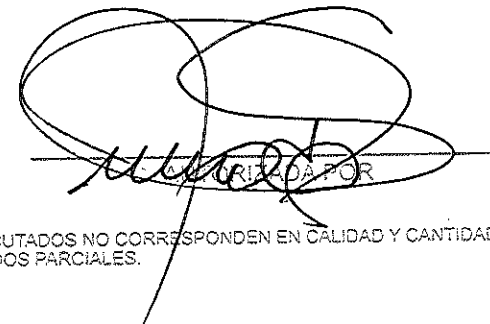
~~No se acepta la factorización del pago de este documento.~~

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	253,723
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	253,723
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	48,207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	301,930

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TRESCIENTOS UN MIL NOVECIENTOS TREINTA 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

068363

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-11-2013 sírvase despachar

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

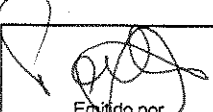
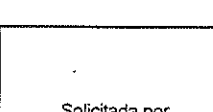
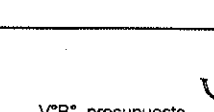
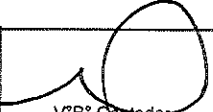
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	APRETAPAPEL CHICO x u	35.00	350
5	APRETAPAPEL GRANDE 50.8 MM.	121.00	605
2	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS	3,800.00	7,600
1	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 2 PISOS	2,800.00	2,800
43	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040.00	87,720
1	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,348.00	1,348
4	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	1,944
1	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	362
4	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189.00	756
3	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	132.00	396
2	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,700.00	9,400
1	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,977.00	5,977
100	CARPETA COLGANTE CON RIEL PLASTICO COLON	98.00	9,800
15	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	99.00	1,485
5	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	99.00	495
5	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	170.00	850
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	2,940
2	CARTRIDGE HP 06657AL (57)	15,797.00	31,594
1	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	265.00	265
2	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	265.00	530
3	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	265.00	795
9	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	265.00	2,385
3	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	76.00	228
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.00	152
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.00	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	760
58	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	36,714
3	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	2,586
15	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.00	2,850
9	CLIPS GRANDE 80 MM.	421.00	3,789
1	CUADERNO CON INDICE ABECEDARIO	879.00	879

LA FACTURA DEBE 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

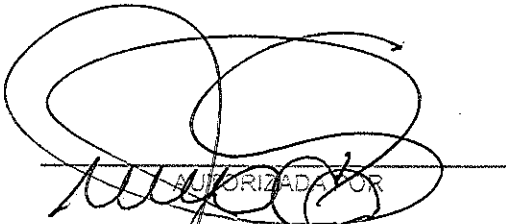
No se acepta la factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	220,635
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	220,635
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	41,921
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	262,556
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

421

068362

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 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	APRETAPAPEL MEDIANO 32 MM.	99.00	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	495
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	495
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	94
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	589

SON : QUINIENTOS OCHENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068361

04-11-2013

FECHA:

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 04-11-2013

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	PEGAMENTO UNIVERSAL 33 ML. UHU	478.00	9,560
5	PERFORADOR MEDIANO cangaro	1,335.00	6,675
5	PERFORADOR PARA 25 HOJAS	1,335.00	6,675
3	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,580.00	4,740
6	PILAS AAA x 4	1,410.00	8,460
6	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	180.00	1,080
6	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	180.00	1,080
3	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	180.00	900
6	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	180.00	1,080
6	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA ROJO	180.00	1,080
42	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	180.00	7,560
130	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	180.00	23,400
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	180.00	1,800
2	PLUMON POST MARKER 30 MM. NEGRO	3,420.00	6,840
5	PORTA MINAS Ø.5 PENTEL	240.00	1,200
5	PORTA MINAS Ø.7	240.00	1,200
2	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	1,990.00	3,980
10	PORTA TACO CALENDARIO GRANDE	1,200.00	12,000
41	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	198.00	8,118
20	SACA CORCHETE PALANCA	175.00	3,500
20	STICK FIX 40 gr. UHU	530.00	10,600
12	TIJERAS GRANDE	320.00	3,840

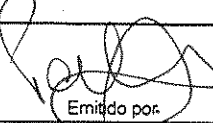
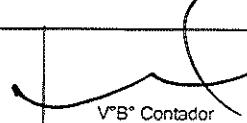
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

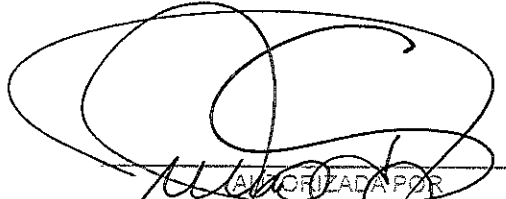
CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	125,368
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	125,368
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	23,820
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	149,188

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO 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.

068360

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA DFIMARKET 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 04-11-2013 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	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	562.00	2,810
10	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	880.00	8,800
5	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	330.00	1,650
45	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	330.00	14,850
75	CUCHILLO CARTONERO	135.00	10,125
5	DESTACADOR BIC AMARILLO	198.00	990
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILO T	2,060.00	20,600
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA ROJO PILOT	2,060.00	20,600
330	FUNDAS PLASTICAS CARTA	17.00	5,610
550	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	19.00	10,450
6	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	9,600.00	57,600
12	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	185.00	2,220
15	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	185.00	2,775
20	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,020.00	20,400
32	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,020.00	32,640
12	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	502.00	6,024
12	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 NEGRO	502.00	6,024
10	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA AZUL	65.00	650
10	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA NEGRO	65.00	650
10	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA VERDE	65.00	650
1	LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS ORGAREX	1,350.00	1,350
10	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	990.00	9,900
10	LIBRO DE ACTAS 200 HOJAS ARON	1,681.00	16,810
2	MAGIC CLIPER 50 UND.	550.00	1,100
13	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	585.00	7,605
20	PAPEL CALCO OFICIO x 25 u	598.00	11,960
115	PAPEL CRAF PLIEGO	39.00	4,485
62	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,382.00	85,684
90	PAPEL MANTEQUILLA 80X100 40 GR.	68.00	6,120
190	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,382.00	262,580
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,160.00	79,000
6	PEGAMENTO LA GOTITA	656.00	3,936

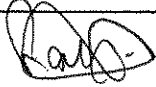

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

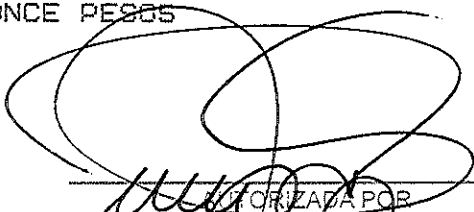
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	716,648
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	716,648
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	136,163
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	852,811

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS ONCE 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): 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 04-11-2013 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	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	898.00	14,368
1	BASE TACO CALENDARIO	1,200.00	1,200
5	BATERIA VARTA 9 VOLTS	1,420.00	7,100
5	BLOCK APUNTES PREPICADO 7 MM 80 HOJAS COLON	520.00	2,600
10	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	390.00	3,900
3	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	450.00	1,350
20	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	110.00	2,200
5	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,389.00	6,945
125	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	50.00	6,250
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	265.00	2,650
5	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA AMARILLO REPROGRAF	4,100.00	20,500
53	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS AZUL	314.00	16,642
30	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE	314.00	9,420
3	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	398.00	1,194
20	CARPETA PLASTIFICADA CAFE C/ 2 BOLSILLO	105.00	2,100
20	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	105.00	2,100
20	CARPETA PLASTIFICADA CAFE CARLEIRO	105.00	2,100
10	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	148.00	1,480
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO	148.00	1,480
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	148.00	740
35	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	148.00	5,180
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	148.00	740
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	148.00	740
25	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	148.00	3,700
10	CD SONY REGRABABLE	347.00	3,470
23	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	355.00	8,165
45	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	355.00	15,975
62	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	680.00	42,160
8	CINTA IMPRESORA P/OKIDATA 420	8,900.00	71,200
5	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	273.00	1,365
1	CLIPS MEDIANO X 50 UND.	220.00	220
3	CORCHETERA BOSH	2,940.00	8,820
5	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	224.00	1,120
91	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	471.00	42,861



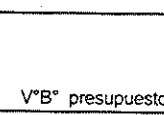
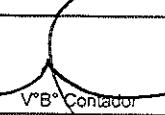
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	312,035
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	312,035
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	59,287
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	371,322

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS 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.

068358

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-11-2013

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
55	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	33,825
27	TEMPERA 12 COLORES ARTEL	584.00	15,768
1	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	890.00	890
1	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	890.00	890
1	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	890.00	890
1	TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL	890.00	890
78	TIJERAS PUNTA ROMA	173.00	13,494
1	TIJERAS ZIG-ZAG	1,000.00	1,000
5	TIRITAS PARA VISORES AMARILLO 250 UND. TORRE	283.00	1,415
5	TRANSPARENCIAS PARA INKJET COLOR 50 HOJAS	3,600.00	18,000
3	MARCADOR CD SHARPIE ROJO 19501RJ	263.00	789

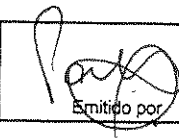
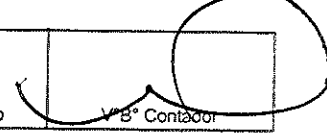
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

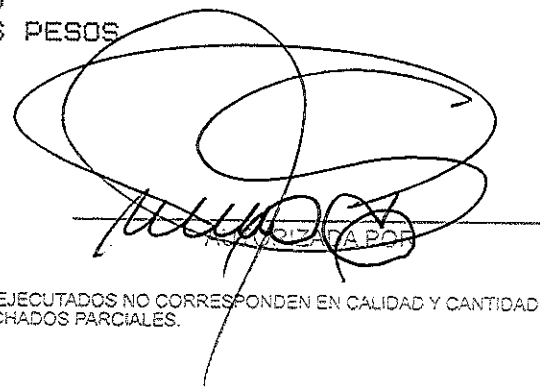
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	87,851
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	87,851
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	16,692
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,543

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA 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.

068357

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-11-2013

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	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	85.00	255
10	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	85.00	850
3	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND.	85.00	255
30	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,590.00	47,700
3	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR AMARILLO 500 HOJAS	4,068.00	12,204
5	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR ROSADO 500 HOJAS	4,068.00	20,340
160	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	254,400
20	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL.BASICOS) ALO	453.00	9,060
3	PAQUETE SOBRE SACO 50 UNID.	1,771.00	5,313
4	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID.	475.00	1,900
5	PERFORADOR INDUSTRIAL PARA 160 HOJAS	45,100.00	225,500
3	PILAS CR 2032 3 VOL	168.00	504
5	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,016.00	10,080
28	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228.00	118,384
5	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UND. DURACELL	1,388.00	6,940
3	PINCEL GERMAN 101 N#5	99.00	297
3	PINCEL PLANO 577 N#12 ALO	201.00	603
5	PLUMON PERMANENTE CAFE	220.00	1,100
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	4,180
140	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	58,520
25	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	418.00	10,450
25	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	10,450
2	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	836
4	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	1,672
30	PORTA BANDERITA DE COLORES	1,515.00	45,450
5	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	490.00	2,450
5	PORTA LAPIZ ACRILICO	488.00	2,440
4	PORTA SCOTCH UNID.	728.00	2,912
6	POST IT CHICO AMARILLO higland	148.00	888
11	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	2,860
5	PUSH PINS X 100 UND.	369.00	1,845
20	SACA PUNTAS METALICO	96.00	1,920
15	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234.00	3,510

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	866,068
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	866,068
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	164,553
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,030,621

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON TREINTA MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIDAD 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-11-2013 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	CORCHETERA SEMI INDUSTRIAL 23/17	8,795.00	8,795
15	CUADERNILLO MATEMATICAS	51.00	765
2	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	256.00	512
26	DESTACADOR AMARILLO	169.00	4,394
6	DESTACADOR CELESTE	169.00	1,014
11	DESTACADOR NARANJO	169.00	1,859
11	DESTACADOR VERDE	169.00	1,859
4	ELASTICO X KILO	1,939.00	7,756
20	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT AZUL	236.00	4,720
20	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	236.00	4,720
34	GOMA DE BORRAR	40.00	1,360
70	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	3,080
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	7,119.00	14,238
50	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	3,600
112	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	10,976
150	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	14,700
80	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	7,840
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98.00	2,940
3	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	288
3	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	288
3	LAPIZ PASTEL 25 COLORES PENTEL	665.00	1,995
1	LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS MEDIO OFICIO 2 2X16 RHEIN	753.00	753
3	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 400 HOJAS CUADRICULADO	4,200.00	12,600
5	LIBRO DE SALIDA (IMPRESIONES LORENA) 100 HJS	1,200.00	6,000
110	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	26.00	2,860
3	MAGIC CLIPER 4.8 MM. PLATEADO 50UD. ADIX	450.00	1,350
4	MICA CARTA 50 UND. GRIS	1,379.00	5,516
4	MICA OFICIO 50 UND. GRIS	1,380.00	5,520
3	PAPEL CONTINUO BONO	9,950.00	29,850
33	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	1,419
13	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	85.00	1,105
3	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	85.00	255

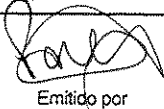
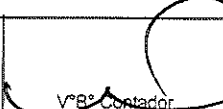
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

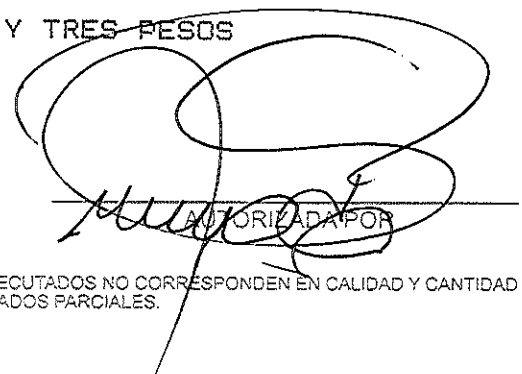
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	164,927
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	164,927
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	31,336
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	196,263

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

			
Emisor 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.



ORDEN DE COMPRA

4-XJ

068355

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-11-2013

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	CALCO MAQ. OFICIO X 25 HOJAS	1,455.00	1,455
3	CARPETA ARTE COLOR ARTEL MICROCORRUGADO 6	580.00	1,740
120	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	6,720
2	CARPETA COLGANTE TORRE	123.00	246
40	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	99.00	3,960
5	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	248.00	1,240
18	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	5,292
5	CARTULINA PINTAD 53X85 GRIS ARTEL	112.00	560
5	CARTULINA PINTAD 53X75 NEGRO ARTEL	112.00	560
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	265.00	1,325
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	265.00	1,325
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	265.00	1,325
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	1,900
23	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	1,748
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	1,140
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	76.00	1,140
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.00	1,900
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.00	1,140
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	1,900
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	1,900
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	76.00	1,520
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.00	1,520
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	1,520
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	1,520
6	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,605.00	51,630
95	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	60,135
3	CINTA ADHESIVAS 3M 12/30	224.00	672
21	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	18,102
90	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.00	17,100
5	COLA FRIA BOQUILLA DISP.120 GR. T.AZUL PEGAFIX	220.00	1,100
5	COLA FRIA BOQUILLA DISP.250 GR. T.AZUL PEGAFIX	492.00	2,460

LA FACTURA DEBE 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 factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	195,795
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	195,795
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	37,201
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	232,996

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS.

Emisor 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.

068354

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-11-2013

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	APRETAPAPEL CHICO x u	35.00	7,000
200	APRETAPAPEL GRANDE	62.00	12,400
70	APRETAPAPEL MEDIANO	37.00	2,590
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,323.00	13,230
15	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,323.00	19,845
12	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,323.00	15,876
20	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP NEGRO	1,323.00	26,460
23	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323.00	30,429
8	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS	3,800.00	30,400
12	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040.00	24,480
5	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS METAL ICA	4,246.00	21,230
5	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,348.00	6,740
70	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	34,020
35	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436.00	15,260
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490.00	4,900
20	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	563.00	11,260
2	CAJA BROCHES METALICOS	352.00	704
1	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	129.00	129
15	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	117.00	1,755
24	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	72.00	1,728
4	CAJA TERMOLAMINADO HEATSEAL DE 9" X 14.5"	8,822.00	35,288
70	CAJA EUROBOX Nro.2	721.00	50,470
5	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	749.00	3,745
20	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	7,240
10	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	980.00	9,800
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AZUL	980.00	4,900
10	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189.00	1,890
5	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	132.00	660
13	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	612.00	7,956
5	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 500 HOJAS	1,537.00	7,685
20	CAJAS PARA ARCHIVADOR OFICIO EUROBOX	721.00	14,420
1	CALCO MAQ. CARTA X 25 HOJAS	1,455.00	1,455

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.


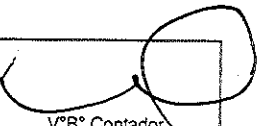
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

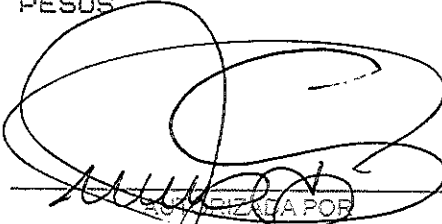
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	425,945
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	425,945
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	80,930
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	506,875

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068353

04-11-2013

FECHA:

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 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	APRETAPAPEL MEDIANO 32 MM.	99.00	1,980
20	CAJA ALFILERES DE GANCHO MEDIANO	2,490.00	49,800
12	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	8,363.00	100,356
30	PAPEL IMAGEN (PARA DIPLOMAS) COLOR PASTEL X 25 HOJAS	3,060.00	91,800
8	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	59.00	472
30	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	59.00	1,770
6	PLUMON OHP M AZUL	500.00	3,000
6	PLUMON OHP M NEGRO	500.00	3,000
16	PLUMON OHP M ROJO	500.00	8,000
6	PLUMON OHP M VERDE	500.00	3,000
1	TARJETERO VINILICO PARA 100 TARJETAS	685.00	685

LA FACTURA DEBE 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	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	263,863
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	263,863
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	50,134
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	313,997

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS 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.

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 04-11-2013 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	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	898.00	35,920
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	110.00	1,100
20	CAJA PARA ARCHIVO MENPHIS	198.00	3,960
20	CD SONY REGRABABLE	347.00	6,940
6	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	330.00	1,980
20	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	240.00	4,800
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,382.00	55,280
8	PILAS AAA x 4	1,410.00	11,280
12	PORTA MINAS 0.7	240.00	2,880
12	STICK FIX 40 gr. UHU	530.00	6,360
10	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	460.00	4,600


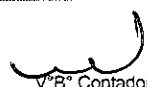
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

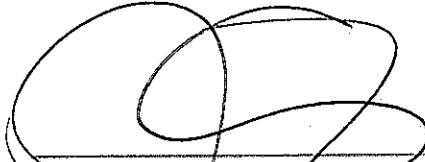
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	135,100
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	135,100
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	25,669
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	160,769

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SESENTA MIL SETECIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

4-X1

068351

04-11-2013

FECHA:

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 acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-11-2013

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	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189.00	2,835
20	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	132.00	2,640
20	CD IMATION	182.00	3,640
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	6,330
1	ELASTICO X KILO	1,939.00	1,939
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	2,880
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	2,880
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	1,920
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	31,800
10	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	450.00	4,500
10	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	460.00	4,600
10	PAQUETE SOBRE MEDIO OFICIO 50 UNID.	1,230.00	12,300
10	PAQUETE SOBRE SACO 50 UNID.	1,771.00	17,710
4	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228.00	16,912
12	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	620.00	7,440

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	120,326
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	120,326
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	22,862
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	143,188

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y TRES MIL CIENTO 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

4-X1

068350

FECHA: 04-11-2013

Señor(es): JC PRINT E.I.R.L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-11-2013 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	200.00	1,600

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 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	1,600
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,600
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	304
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,904
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : UN MIL NOVECIENTOS 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.