



ORDEN DE COMPRA

27-XII

068973

FECHA: 23-12-2013

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	LAMPARA DE PROCEDIMIENTOS TECNOLOGIA LED 40.00 Ø LUX, MARCA MST, UL-102 LED.	190,000.0	190,000

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.-

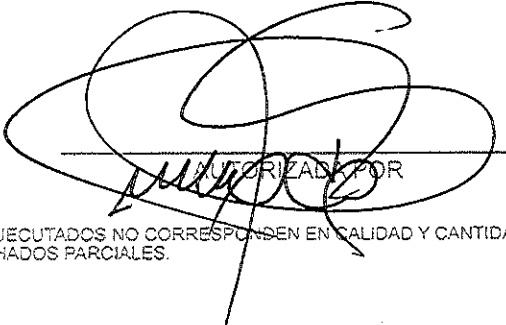
CUENTA	: 424197 PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD	VALOR NETO	190,000
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	190,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	36,100
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	226,100

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CIEN 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): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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	ELECTROBISTURI DE ALTA FRECUENCIA MARCA WEM, MODELO HF-120	1,450,000.0	1,450,000

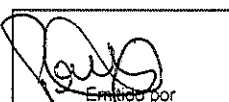
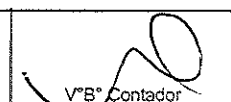
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

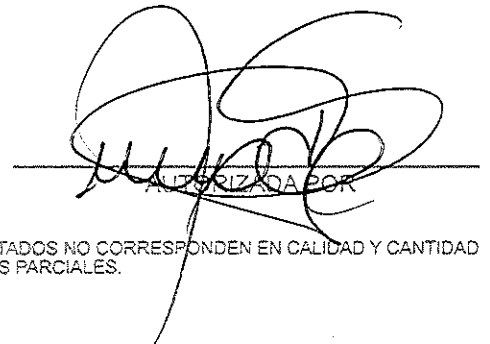
CUENTA : 424197 PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD	VALOR NETO	1,450,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATO	SUB-TOTAL	1,450,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	275,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,725,500

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SETECIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS 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): 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 A MANPATO	140,000.00	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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 424244	TRASLADO ALUMNOS	VALOR NETO	140,000
DESTINO : DEPARTAMENTO	EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	140,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960		IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	140,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO CUARENTA MIL PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
✓ 7	HIDROCOTISONA 100 MG X 50 AMP	45,732.00	320,124

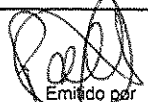
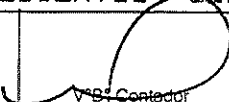
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	320,124
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	320,124
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	60,824
FORMA DE PAGO : 30 DIAS CV/FACTURA	TOTAL FACTURA	380,948

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

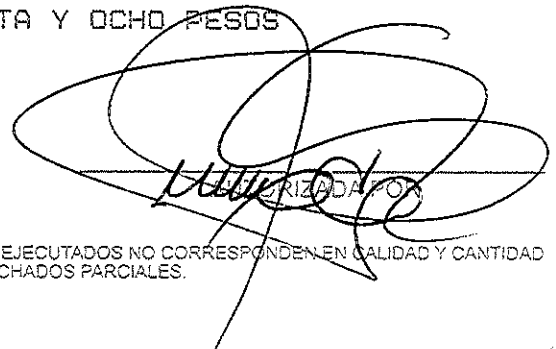
SDN : TRESCIENTOS OCHENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

 Emiteo 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: 23-12-2013

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 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	CIRCUITO DE VIGILANCIA	1,225,500.00	1,225,500


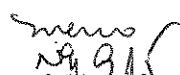

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

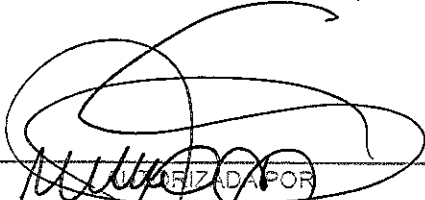
CUENTA : 425138	SEGURIDAD Y VIGILANCIA	VALOR NETO	1,225,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	1,225,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	232,845
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	1,458,345

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS 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.

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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

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


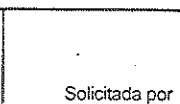
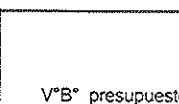
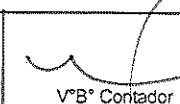
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	GALLETAS LIMON COSTA	292.4	7,018
36	GALLETAS DIN DON	231.1	8,320
36	GALLETAS FRACK	294.1	10,588
28	GALLETAS COCO COSTA	292.4	8,188

LA FACTURA DEBE 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

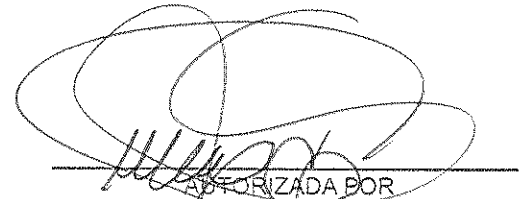
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	34,114
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATO	SUB-TOTAL	34,114
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	6,482
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,596

SON : CUARENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

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

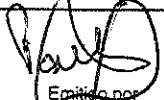
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TIAMINA 100 X 1 ML	7,600.00	38,000
5	CIANOCOBALAMINA 0.1 MF 100 X 1 ML	6,800.00	34,000
5	PIRIDOXINA 100 X 1 ML	8,800.00	44,000

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

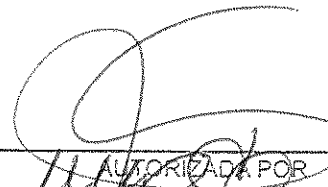
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	116,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	116,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	22,040
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	138,040

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO TREINTA Y OCHO MIL CUARENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 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	TIAMINA 100 MG X 1 ML	7,600.00	22,800
3	CIANOCOBALAMINA 0.1 MF 100 X 1ML	6,800.00	20,400
3	PIRIDOXINA 100 X 1 ML	8,800.00	26,400

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

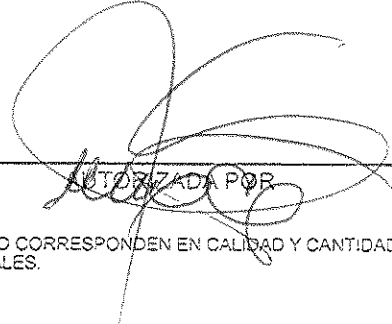
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	69,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	69,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,224
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,824

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO 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.

068944

FECHA: 09-12-2013

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
5	BALON DE FUTBOL MARCA DRB N-5	4,957.9	24,790


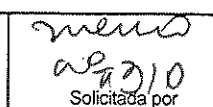
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 424196	CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	24,790
DESTINO : DIRECCION DE SALUD		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	24,790
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207		IVA	4,710
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	29,500

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA 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.

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

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
18	PRONTOSAN 350 ML X 10 U	10,250.00	184,500

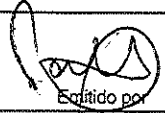
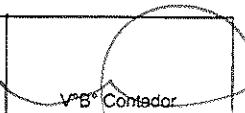
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	184,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	184,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 5611	IVA	35,055
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	219,555

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

068941

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, 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	GLUKAUT X 60 CM	1,500.00	60,000


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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	60,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 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		
SON : SETENTA Y UN 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.

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
5	CIANOCOBALAMINA 0.1 MG X 1 ML X 100 AMP	5,500.00	27,500
5	TIAMINA CLORHIDRATO 30 MG 1 ML X 100 AMP	5,800.00	29,000

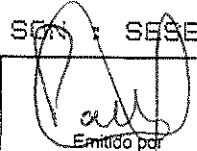

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

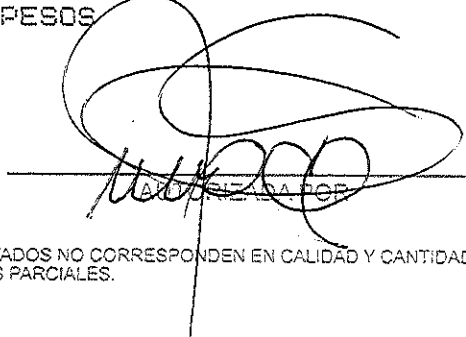
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	56,500
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	56,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,735
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,235

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


 VALOR NETO

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CIANOCOBALAMINA 0.1 MG X 100 AMP	5,500.00	16,500
3	TIAMINA CLORHIDRATO 30 MG 1 ML X 100 AMP	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.-

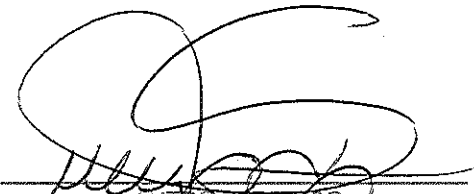
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	33,900
DESTINO : CONSULTORIO APOGUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	33,900
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,441
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,341

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA MIL TRESCIENTOS 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): ALEJANDRA CAROLINA MUNILLA DIAZ 13143555K

Dirección: ARTURO PRAT 1455-A

Teléfono: 5562986

At.: Sr. cordovasoporte@gmail.com
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	30000 BOLSAS PLASTICAS TROQUELADAS CON LOGO	990,000.0	990,000

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

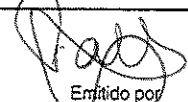
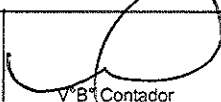
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 20
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30

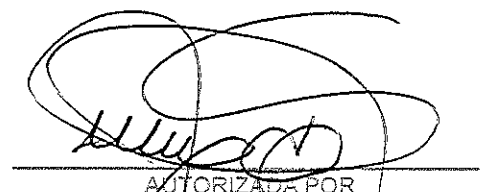
VALOR NETO 990,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 990,000
IVA 188,100
TOTAL FACTURA 1,178,100

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CIENTO 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.

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): RODRIGO SANCHEZ VILLASECA 056180966

Dirección: BANDERA 566 OFICINA 52

Teléfono: 3265336

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	BANCA CON TOLDO	702,500.00	1,405,000


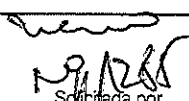

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA	: 424220 FONDD APOYO MEJ. GEST. MUNIC. EDUCAC	VALOR NETO	1,405,000
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 15 DIAS	SUB-TOTAL	1,405,000
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8560	IVA	266,950
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS	TOTAL FACTURA	1,671,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068932

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIA

** 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
2,720	VASOS DESECHABLES	13.00	35,360


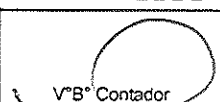
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

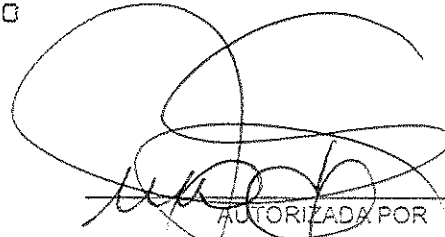
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	35,360
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,360
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	6,718
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,078

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y DOS MIL SETENTA 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.

068931

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): CRISTIAN CAMUS VALVERDE LTDA. 760023582

Dirección: LA AURORA 1027

Teléfono: 2202584

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	ELECTRODOS 42043 5X9 CM. RECTANGULAR	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


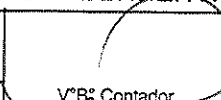
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA


VALOR NETO 31,800
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 31,800
 IVA 6,042
 TOTAL FACTURA 37,842

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS 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.

068930

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 09-12-2013 ** 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
4	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESI VD 10X20 CM. CJX10	29,000.00	116,000

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	116,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	116,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	22,040
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	138,040

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y OCHO MIL CUARENTA PESOS

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

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

068929

FECHA: 09-12-2013

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 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
120	ESPECULO DESECHABLE 26mm.	390.00	46,800
200	BOQUILLAS DE PAPEL PARA FLUJOMETRO 30X6.5 cmt.	123.00	24,600

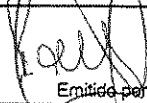
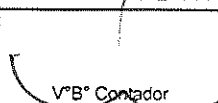
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

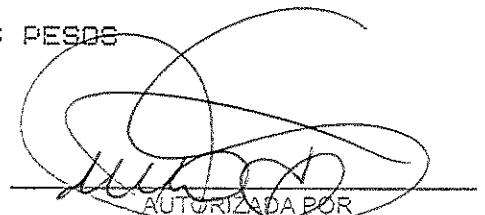
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	71,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,566
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	84,966

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

			
Emiteo 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.

068928

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha ~~10-12-2013~~ **10-12-2013** ~~servase despachar~~ **** 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
15	MASCARILLAS OXIG. SIMPLE	385.00	5,775

LA FACTURA DEBE 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	5,775
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,775
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	1,097
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,872

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SEIS MIL OCHOCIENTOS 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.

Señor(es): EQUIPOS E INSUMOS MEDICOS Y DE LABORATORIO NEW PATH CHILE LT 778992604

Dirección: AVDA. SUECIA 0119 OF. 508

Teléfono: 6211059

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
4	KIT AUXILIAR DE PAPANICOLAU	12,500.00	50,000

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

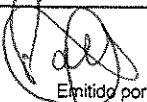
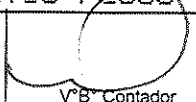
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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

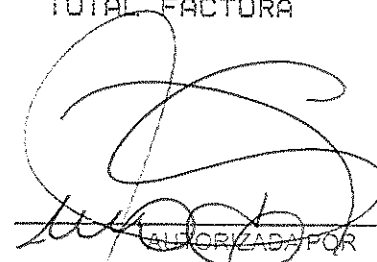
VALOR NETO 50,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 50,000
 IVA 9,500
 TOTAL FACTURA 59,500

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V"B" presupuesto	V"B" Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068926

FECHA: 09-12-2013

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
3	FARMAFIX 15 CM x 10 MT.	5,400.00	16,200
4	FARMAFIX 5 CM. x 10 MT	3,600.00	14,400
3	FARMAFIX 10 CM. x 10 MT.	3,600.00	10,800

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.-

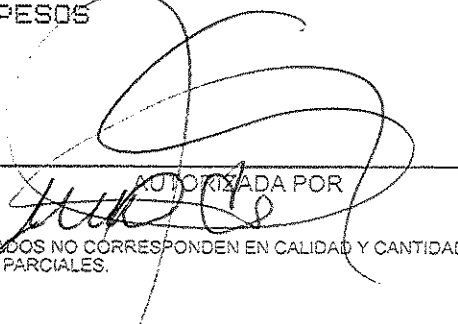
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	41,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,866
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,266

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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.

068925

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

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


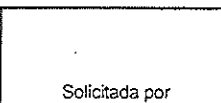
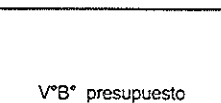

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	HISTOACRIL SUTURA PEG. 10 CC x 5 FRASCOS	55,000.00	55,000

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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

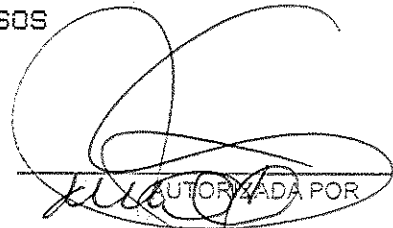
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	55,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	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
 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.

068924

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

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	VIADIL SIMPLE 5 MG / 1 ML X 100 AMP	41,400.00	207,000

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


VALOR NETO 207,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 207,000
 IVA 39,330
 TOTAL FACTURA 246,330

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA 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 USTEDOS 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
2	TIETILPERAZINA CJ*100AMP	55,009.00	110,018



LA FACTURA DEBE 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.-

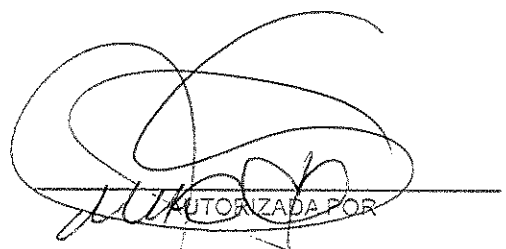
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 110,018
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 110,018
 IVA 20,903
 TOTAL FACTURA 130,921

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SAN : CIENTO TREINTA MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): LABORATORIOS SILESLIA 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 06-12-2013 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	NITRENDIPINO 20 MG per 1000	3,700.00	74,000

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


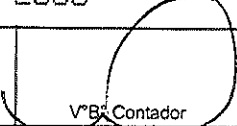
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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 74,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 74,000
 IVA 14,060
 TOTAL FACTURA 88,060

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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 acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar

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


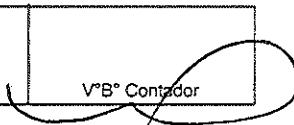
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
240	ENALAPRILA 10 MG por 1000	1,700.00	408,000
120	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	1,020,000

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

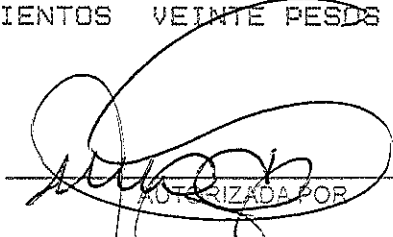
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,428,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,428,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	271,320
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,699,320

SON : UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At: Sr: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 10-12-2013 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	GUANTES ESTERILES N° 7 X 50 SURGICARE	8,750.00	8,750

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.-

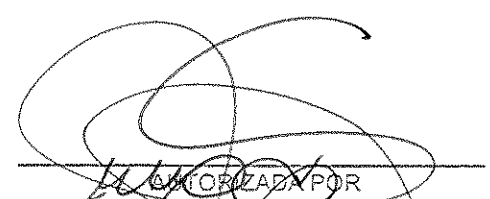
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	8,750
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,750
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,663
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,413

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIEZ MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068919

FECHA: 09-12-2013

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 06-12-2013 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
9	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,270.00	11,430



LA FACTURA DEBE 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.-

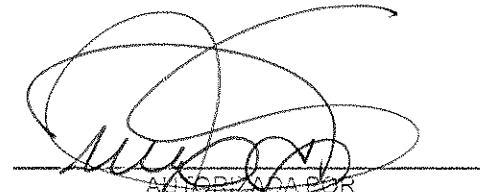
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	11,430
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,430
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,172
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,602

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRECE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS

 Emitted by	 Requested by	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068918

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTIA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 10-12-2013 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	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (CHINO)	2,990.00	5,980
2	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700.00	3,400
18	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.00	30,600
8	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,700.00	13,600
100	PECHERAS PLASTICAS DESECHABLES MANGA LARGA	148.00	14,800


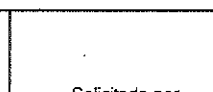

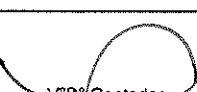
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

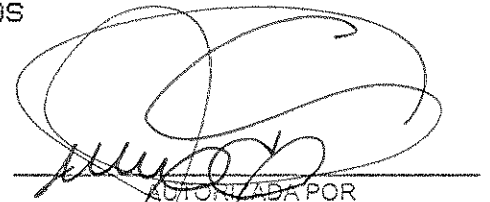
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	68,380
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	68,380
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	12,992
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,372

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS 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.

068917

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar





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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.00	1,740

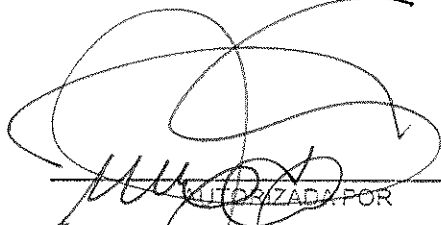
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,740
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,740
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	331
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,071
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOS MIL SETENTA 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): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 10-12-2013 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	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	3,100.00	9,300

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	9,300
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,300
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	1,767
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,067
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : ONCE MIL 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): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 10-12-2013 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	ELECTRODOS 42041 5X5 CM. CUADRADO	1,500.00	9,000

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


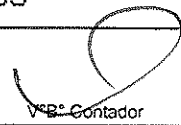
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

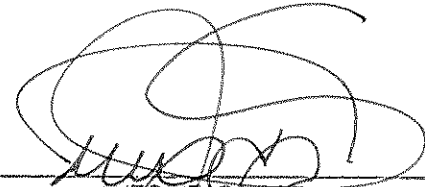
VALOR NETO 9,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 9,000
IVA 1,710
TOTAL FACTURA 10,710

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIEZ MIL SETECIENTOS 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.

068914

FECHA: 09-12-2013

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
10	ELECTRODOS E.C.G. Ag/agcl X50 UND. DORMO LF-50	2,050.00	20,500


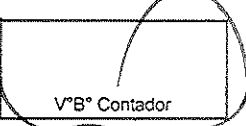
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

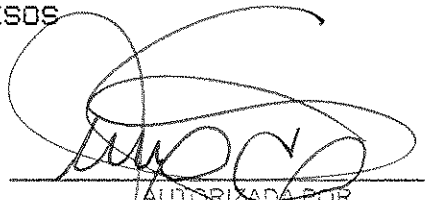
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	20,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,895
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,395

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De Fecha 10-12-2013 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
10	SONDAS NASOGASTRICAS ESTERILES DESECHABLES N° 12 X 5	675.00	6,750

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.-

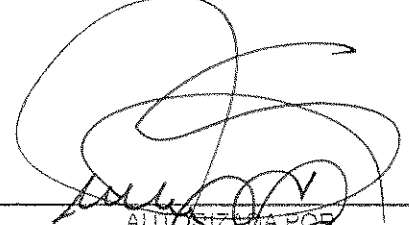
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 6,750
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 6,750
IVA 1,283
TOTAL FACTURA 8,033

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : OCHO MIL TREINTA Y TRES PESOS

			
Emite 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): 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 06-12-2013 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	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	9,528.00	95,280
10	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	12,429.00	124,290

LA FACTURA DEBE 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

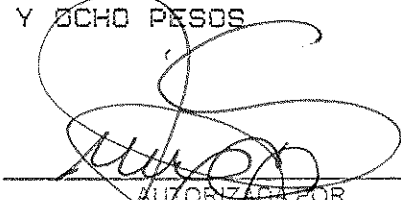
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	219,570
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	219,570
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	41,718
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	261,288

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS 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.

068911

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTIA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 10-12-2013 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	NARISERAS CANULA OXIG. N° 1104 HUDSON RCI	199.00	19,900

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


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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	19,900
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,781
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,681

SON : VEINTITRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADOR

OBSERVACIONES:

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

068910

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	MASCARILLAS OXIG.AD.NEVULIZADOR N° 1885	991.00	99,100



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

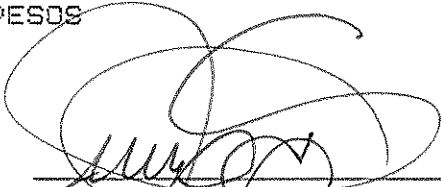
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	99,100
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	99,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,629
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	117,729

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTINUEVE 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): HOSPITALIA PRODUCTOS MEDICOS LTDA. 782334204

Dirección: ERNESTO REYES 036

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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





CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	HUMIDIFICADOR DESECHABLE PRE LLENADOS 500ML M ATRAZ	1,882.00	45,168

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	45,168
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,168
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,582
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,750

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068908

FECHA: 09-12-2013

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° 1 de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	RECOLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	1,100.00	110,000
8	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-01A/A-21G/BL	23,000.00	184,000
24	DESINFECTANTE ALCOHOL 95 BOT. X 1 LTS	16,800.00	403,200

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

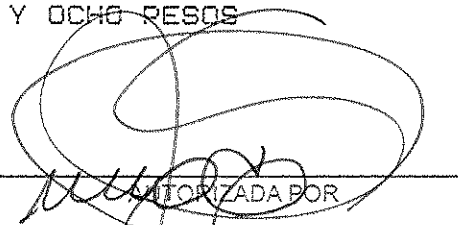
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	697,200
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	697,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	132,468
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	829,668

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO 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.

068907

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 10-12-2013 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	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	3,100.00	6,200



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

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

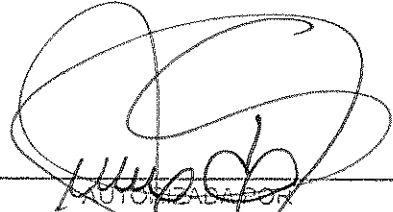
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 6,200
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 6,200
IVA 1,178
TOTAL FACTURA 7,378

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SIETE MIL TRESCIENTOS 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.

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

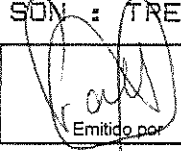
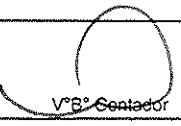
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

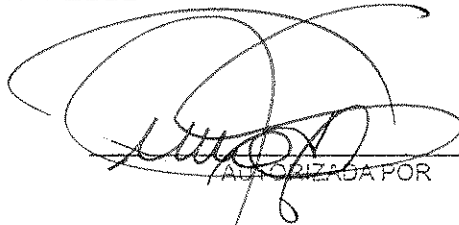
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	255,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	255,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	48,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	303,450

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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
40	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100.00	324,000
20	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	9,000.00	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.-

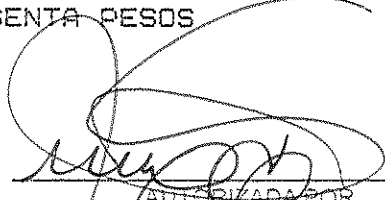
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	504,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	504,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	95,760
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	599,760

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068904

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-12-2013 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	PRONTOSAN 350 ML CJ 10UNID	10,250.00	20,500
7	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM. X10 CM	2,500.00	17,500



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

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

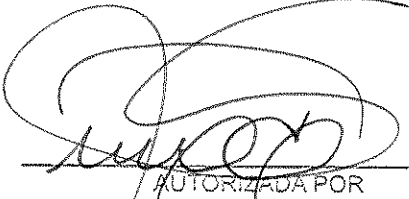
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 38,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 38,000
IVA 7,220
TOTAL FACTURA 45,220

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

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 10-12-2013 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	MASCARILLAS OXIG. SIMPLE PEDIATRICA	530.00	7,950
3	JERINGA DESECHABLE 20 CC PUNTA CATETER CAJA	21,250.00	63,750
2	JERINGA 10 CC. TERUMO X 100	4,600.00	9,200
5	JERINGA 5 CC. TERUMO X 100	3,400.00	17,000
2	BAJADA DE SUERO ADULTO MUNCARE CAJA X 25	2,500.00	5,000
15	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	550.00	8,250


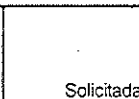
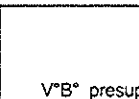
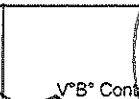
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

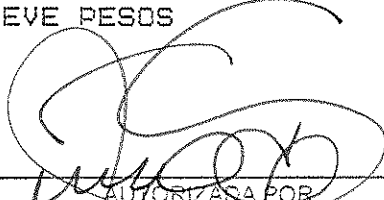
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	111,150
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	111,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	21,119
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	132,269

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SESENTA 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): 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
3	JERINGA DESECHABLE 20 CC BD CAJA X 100	7,360.00	22,080
4	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	12,429.00	49,716
5	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	9,528.00	47,640
3	TEGADERM AGMESH 3M CAJA	26,169.00	78,507

LA FACTURA DEBE 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.-

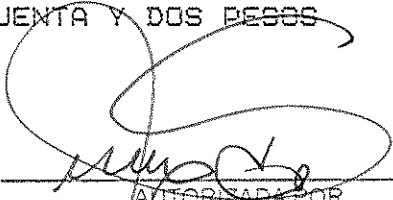
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	197,943
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	197,943
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	37,609
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	235,552

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068901

FECHA: 09-12-2013

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
80	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.00	136,000
2	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (CHINO)	2,990.00	5,980

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

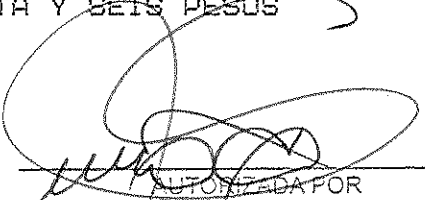
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	141,980
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	141,980
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,976
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	168,956

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA 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): 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
40	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900.00	36,000



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

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

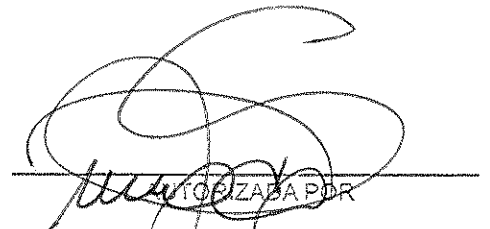
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 36,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 36,000
 IVA 6,840
 TOTAL FACTURA 42,840

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:

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
10	ADAPTIC TULL IMPREGNADO NO ADHERENTE 7.5 X 7.5 CJX50	13,585.00	135,850
8	ACTISORE PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 6.5X9.5 CM. CJX10	58,413.00	467,304

LA FACTURA DEBE 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

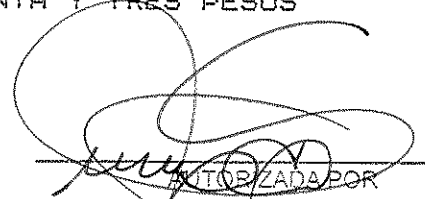
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	603,154
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	603,154
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	114,599
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	717,753

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SETECIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA 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.

068898

FECHA: 09-12-2013

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
5	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	88,065



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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	88,065
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	88,065
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,732
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,797

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUATRO MIL SETECIENTOS 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.

068897

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): BOSTON MEDICAL DEVICE DE CHILE S.A 760202665

Dirección: PORTUGAL 116, LOCAL 4

Teléfono: 2225338

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.


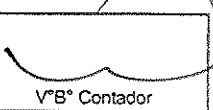
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	AQUACEL AG 15X15 CJ. X5 UD.	14,000.00	28,000

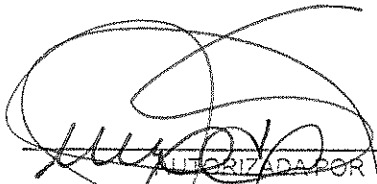
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	28,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	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

 Emitida 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.

068896

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-12-2013 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 DICLORHE 2% ENVASE 340 CC.	24,000.00	96,000
30	RECDLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	1,100.00	33,000
2	TERMOMETRO CLINICO (DELGADO) GENERICO CAJA X12	2,340.00	4,680
4	AGUJAS DESECHABLES 256 X 5/8 TERUMO X 100	1,200.00	4,800

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

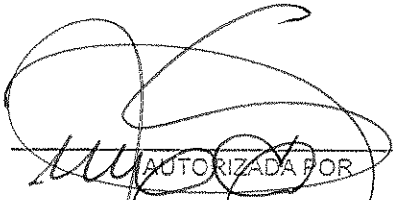
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	138,480
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	138,480
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,311
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	164,791

SOM : CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS 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): 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.

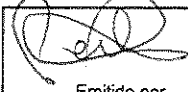
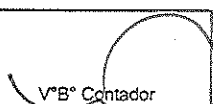
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
240	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390.00	93,600

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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	93,600
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	93,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	17,784
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	111,384

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO ONCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA 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): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 1 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 10-12-2013 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
50	FUNDAS DE LAT _{EX} PARA ECOGRAFIA VAGINAL ECOFUND A	65.00	3,250

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	3,250
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,250
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	618
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,868

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO 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.

068893

FECHA: 09-12-2013

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 06-12-2013 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	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	12,429.00	124,290
10	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	9,528.00	95,280


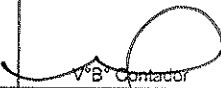
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

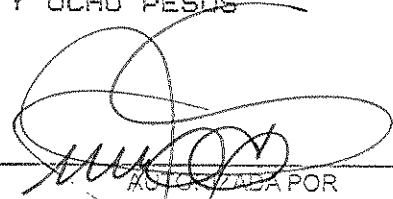
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	219,570
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	219,570
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	41,718
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	261,288

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS 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): FARMACEUTICA CARIBEAN 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 06-12-2013 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	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	120.00	144,000
2,000	ATORVASTATINA 10 MG por 30	330.00	660,000
100	METFORMINA 850 MG por 1000	8,500.00	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.-

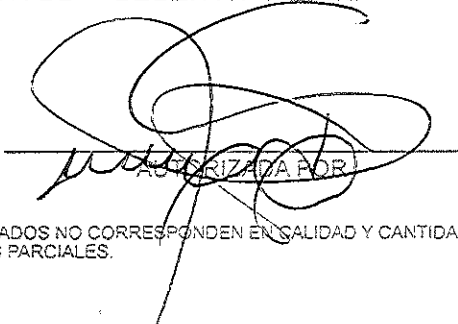
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,654,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,654,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	314,260
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,968,260

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ACE SISTEMAS MEDICOS LTDA. 761413996

Dirección: VISTA HERMOSA 310 A

Teléfono:

At.: Sr.: ALFONSO CDFRE
 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	ROLLO DE ECOGRAFIA UPP 110 HG	8,500.00	170,000

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.-

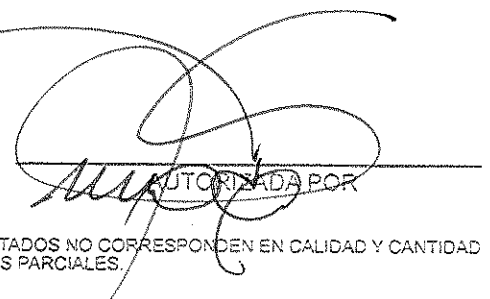
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	170,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	170,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	32,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	202,300

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DOS MIL TRESCIENTOS PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

WINKLER LIMITADA 797228605

Señor(es):

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

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	CERA ACRILICA AUTOBRILLO ENV. 20 LTS. WINZA-139 ROJA	34,000.00	408,000

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

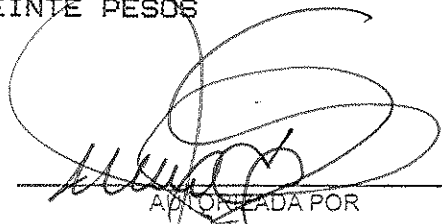
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	408,000
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	408,000
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	77,520
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	485,520

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR


 APROBADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-12-2013 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	CLORURO DE SODIO 0,9% 20ML cjx20	2,400.00	4,800

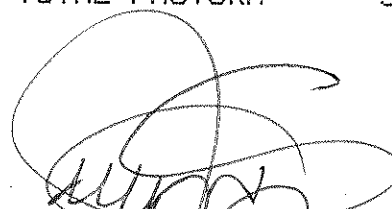
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	4,800
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,800
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	912
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,712
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCO MIL SETECIENTOS DOCE 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

//-X//

068886

FECHA: 09-12-2013

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
9	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.00	57,600
20	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML c.jx20	6,000.00	120,000
1	GLUCOSA 30 % X 20 ML 0 c.jx50	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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	190,600
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	190,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	36,214
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	226,814

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS CATORCE 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.

068885

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-12-2013 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	RANITIDINA 50 MG /2 ML c/jx100	6,000.00	12,000
6	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	32,000.00	192,000
1	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	5,500.00	5,500
3	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	6,000.00	18,000
12	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML c/jx100	5,800.00	69,600
6	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.00	36,000
2	CLORFENAMINA 10 MG/ML c/jx100	6,000.00	12,000
3	BETAMETASONA 4 MG/ML c/jx100	8,200.00	24,600

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.-

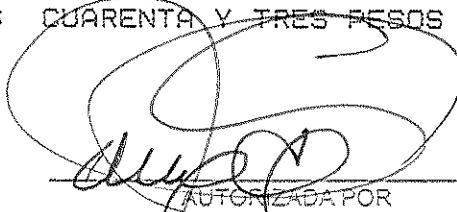
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	369,700
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	369,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	70,243
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	439,943

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS 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.

068884

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

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

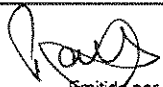

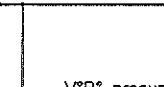

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.00	32,000
5	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML cJx20	6,000.00	30,000
5	CLORURO DE SODIO 0,9% 100 ML. cJX20	7,200.00	36,000
4	AGUA BIDESTILADA 5 CC/CJ*100	6,500.00	26,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	124,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	124,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	23,560
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	147,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-12-2013 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	LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX100	2,100.00	6,300

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.-

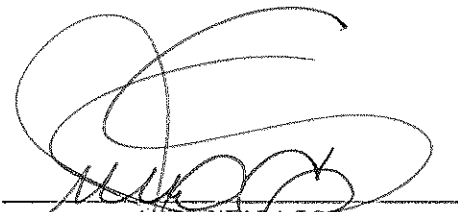
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 6,300
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 6,300
IVA 1,197
TOTAL FACTURA 7,497

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

068882

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4527017

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



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.-

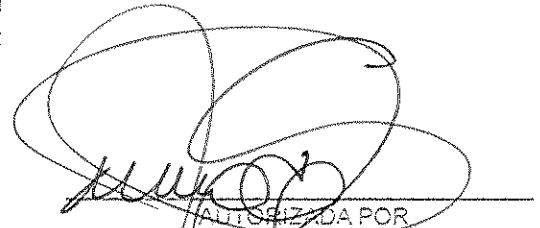
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	169,900
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	169,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	32,281
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	202,181

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068881

FECHA: 09-12-2013

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-12-2013 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	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG / 1 ML cjx100	6,800.00	27,200
1	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.00	6,000
12	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	3,750.00	45,000
4	CIANOCOBALAMINA (B12) 100 MG cjx100	5,300.00	21,200



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	99,400
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	99,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,886
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	118,286

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECIDCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

 Emido 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 05-12-2013 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	MOPAS CHICAS humeda de algodón	1,500.00	15,000


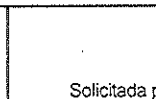
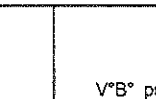

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

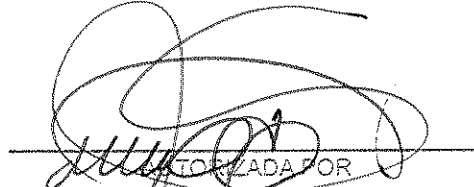
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	15,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLÓN 9140	IVA	2,850
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,850

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068879

FECHA: 09-12-2013

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 05-12-2013 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	PAD BLANCO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (WINZA)	4,050.00	16,200
10	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	16,500
30	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	6,300

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	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


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 05-12-2013 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	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	3,600.00	36,000
4	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,600.00	22,400
20	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

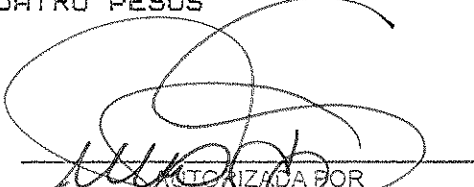
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	62,600
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	62,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	11,894
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	74,494

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS 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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-12-2013 sírvase despachar

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

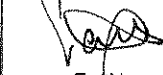



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	4,200
2	PAD ROJO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (WINZA)	4,050.00	8,100
2	PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (WINZA)	4,050.00	8,100
2	PAD BLANCO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (WINZA)	4,050.00	8,100
6	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	9,900
5	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	3,600.00	18,000
12	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,600.00	67,200

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

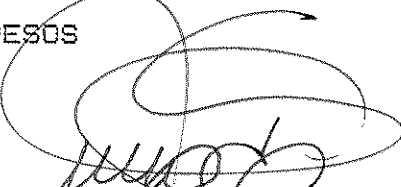
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	123,600
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	123,600
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	23,484
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	147,084

SON : CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL OCHENTA 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.

068876

FECHA: 09-12-2013

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 05-12-2013 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	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	3,600.00	7,200
1	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,600.00	5,600

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

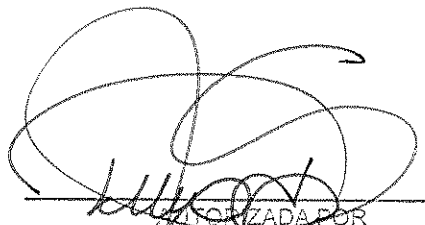
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	12,800
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,800
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	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.



ORDEN DE COMPRA

068875

FECHA: 09-12-2013

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 05-12-2013 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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,260
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,260
IVA 239
TOTAL FACTURA 1,499

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

--	--	--	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068874

FECHA: 09-12-2013

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 05-12-2013 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 JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	6,620

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

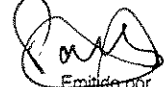

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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

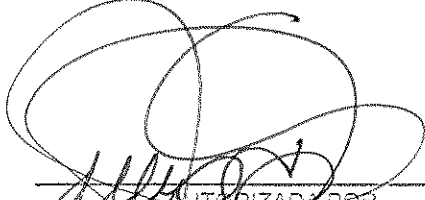
VALOR NETO 6,620
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 6,620
 IVA 1,258
 TOTAL FACTURA 7,878

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA 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.

068873

FECHA: 09-12-2013

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° 1 de Fecha 05-12-2013 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

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

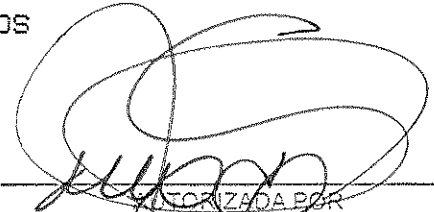
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	31,312
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,312
LUGAR ENTREGA : RIO LDA 8350	IVA	5,949
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,261

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS

 Emido 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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-12-2013 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	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 - FONOS: 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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068871

FECHA: 09-12-2013

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 05-12-2013 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	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,360.00	127,200
20	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	132,400

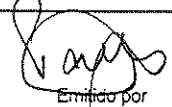
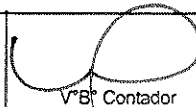
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

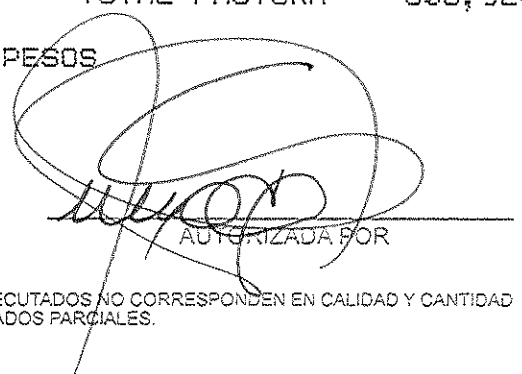
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	259,600
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	259,600
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	49,324
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	308,924

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO 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.

068870

FECHA: 09-12-2013

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 05-12-2013 sírvase despachar

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


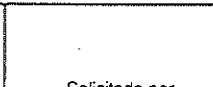


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	105,920
8	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,989.00	95,912
4	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	30,456
2	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	15,656
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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

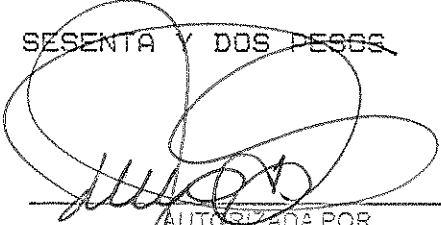
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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.

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068869

09-12-2013

FECHA:

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 05-12-2013 sírvase despachar



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

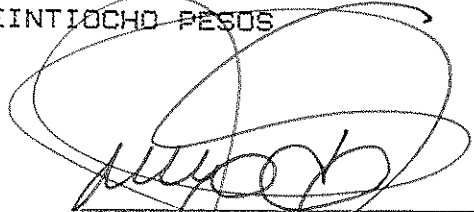
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	99,300
4	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	31,312

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

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


 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.

068868

FECHA: 09-12-2013

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 05-12-2013 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	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,360.00	76,320

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


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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	76,320
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	76,320
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	14,501
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	90,821

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTIUN PESOS

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


 AUTORIZADO POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

11-X11

068867

FECHA: 09-12-2013

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 05-12-2013 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 HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	19,860

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	19,860
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,860
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	3,773
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,633

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTITRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

	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: 09-12-2013

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 05-12-2013 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	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,989.00	71,934


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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	71,934
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71,934
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	13,667
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	85,601

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS UN 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 USTÉDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-12-2013

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706
 LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Dirección:

2059738

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

At.: Sr. 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
19	GRADILLA IMPROVE PARA ALAMACENAMIENTO BIOSEGUR O SS175 13X75 MM	29,500.00	560,500



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

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

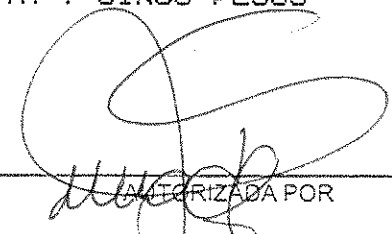
CUENTA : 424264	NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	560,500
DESTINO : LABORATORIO BASICO		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	560,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	106,495
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	666,995

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068864

09-12-2013

FECHA:

MARCELO IGNACIO ORREGO PEREZ 128828389

Señor(es):

ALEXANDER FLEMING 7315

Dirección:

Teléfono:

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

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

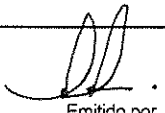

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
60	SERVICIO PARA 60 PERSONAS. INCLUYE TE, CAFE, JUGOS, SANDWICH, TORTA Y BROCHETA DE FRUTAS	5,042.02	302,521

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	302,521
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	302,521
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	57,479
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	360,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRESCIENTOS SESENTA 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.

FECHA: 09-12-2013

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 INMUNOASSAY PLUS CONTROL TRILEVEL N LOTE 40790	241,120.00	241,120

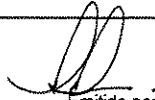

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

	
Emitido por	VºBº Contador

Solicitada por

VºBº presupuesto

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068862

FECHA: 09-12-2013

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
6	TSH ELECYS COBAS E X 200	263,963.00	1,583,778
1	ELECSYS CLASET TSH 10 CALIB 26EN	66,987.00	66,987
2	ELECSYS PRECLEAN M COBAS E	145,830.00	291,660
5	ELECSYS CLEANCELL MOD/E601	85,806.00	429,030
2	ELECSYS PROCELL MOD/E601	85,806.00	171,612
1	KOMBI RACK MOD/E601	257,740.00	257,740
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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

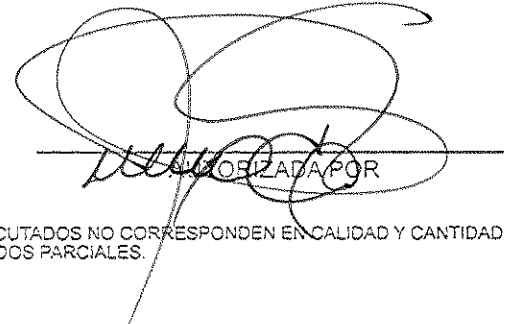
CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	3,549,373
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,549,373
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	674,381
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,223,754

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL SETECIENTOS 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.

068860

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): GENERAL ELECTRIC INTERNACIONAL INC 590108200

Dirección: ALCANTARA 200 PISO 11

Teléfono: 6526555

At.: Sr.: SANDRA JORQUERA

**** 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	PROVISION E INSTALACION DE CONSOLE KEY SWITH P ARA EQUIPO DE RX MODELO SILHOUETTE VR US\$ 533.95 DE FECHA 05/12/13	226,928.75	226,929

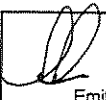

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

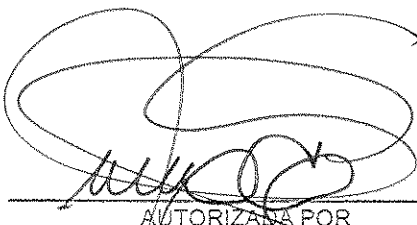
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS	VALOR NETO	226,929
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	226,929
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	43,116
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	270,045

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS

	MEMO # 284		
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.

068859

06-12-2013

FECHA:

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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	PISO GIRATORIO CON RUEDAS TAPIZ COLOR GRIS	38,450.00	38,450

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

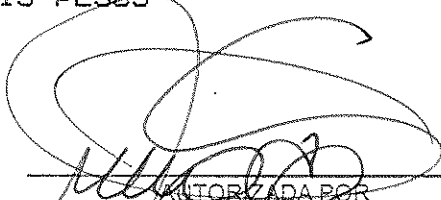
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 431104 MOBILIARIO SALUD	VALOR NETO	38,450
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	38,450
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	7,306
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,756

SON : CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

	MEMO # 285	
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.

068858

FECHA: 06-12-2013

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
8	APOYA PIES KENSINGTON SOLEMASAGE 5 POSICIONES	12,667.00	101,336

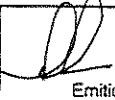

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

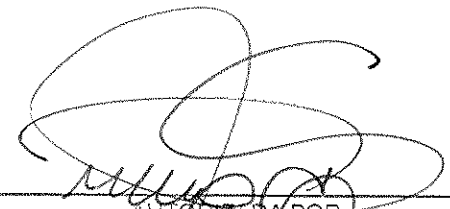
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	101,336
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	101,336
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	19,254
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	120,590

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTE MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS

	MEMO # 1308	
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): CENTROGAS S. A. 968672606

Dirección: AVDA. VITACURA 7646

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 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
1	SISTEMA DE CALEFACCION CENTRAL	3,884,537.82	3,884,538

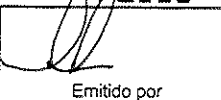
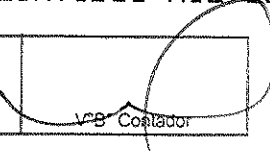
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES	VALOR NETO	3,884,538
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,884,538
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	738,062
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,622,600

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE - PESOS

	MEMO #876		
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 USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL ELECTRONICA CORDILLERA LTDA 779021106

Dirección: RUCALIN 4215

Teléfono:

At.: Sr. JULIO VILLALOBOS

**** 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	PULSADOR INALAMBRICO PARA SISTEMA DE TURNO	17,000.00	51,000

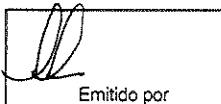
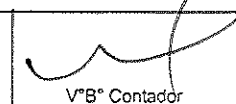
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

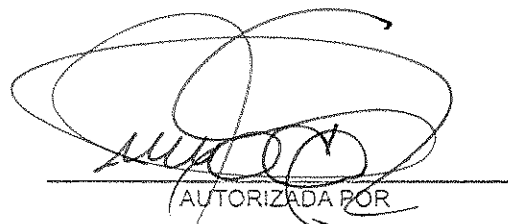
CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS	VALOR NETO	51,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	51,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,690
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,690

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS

	MEMO # 1293	
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.

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): SOC. CILA LTDA. 832176001

Dirección: SALVADOR DONOSO 128

Teléfono: 7777262

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
6	KIT DE PUNTAS PARA DESTARTRADOR RUNYES	48,739.50	292,437

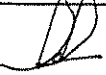
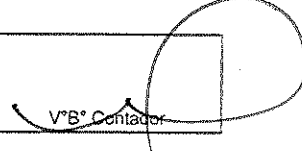
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

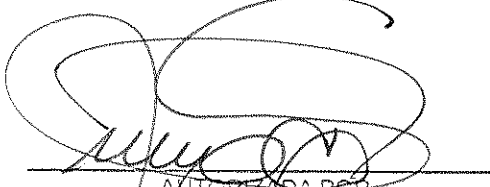
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	292,437
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	292,437
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	55,563
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	348,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS

	MEMO#1275		
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.

068853

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,000	LIBRETAS CARNET DEL ADULTO MAYOR DE 16 HJS IMP POR AMBOS LADOS	890.00	890,000
200	BLOCK DE 100 HOJAS ORDEN DE EXAMEN	2,740.00	548,000
200	BLOCK DE 50/2 SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DER IVACION	3,100.00	620,000
200	BLOCK DE 100 HOJAS RECETARIO VERDE FOLIADO	2,850.00	570,000
1,000	SOBRE SACO 20 X 28 CM A SIETE COLORES	420.00	420,000
200	BLOCK DE 50/2 REFERENCIA INTRACONSULTORIO FOLI ADO	3,700.00	740,000
100	TARJETAS DENTALES CON 01 PERFORACION	285.00	285,000
1,000	TARJETAS SALUD FAMILIAR	185.00	185,000
5,000	TARJETAS AUGE	84.00	420,000

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

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	4,678,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,678,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	888,820
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,566,820

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

	MEMO#1273		
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.

068852

06-12-2013

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.


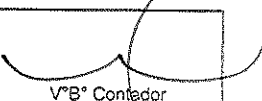
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SELLOS DE SEGURIDAD LEC320 - LIFACC020 BOLSA X 100 UN	33,000.00	33,000

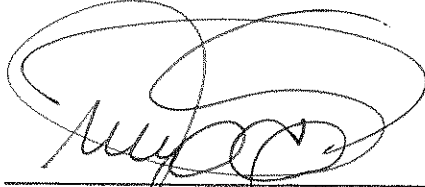
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS	VALOR NETO	33,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	33,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,270
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,270

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS

	MEMO #246		
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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL JO LTDA 788098006

Dirección: FERNANDO DE ARGUELLO 6871

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha Despachar facturas en la fecha de Entrega **

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


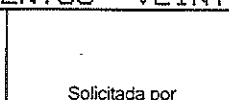
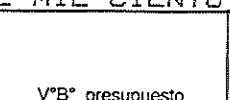
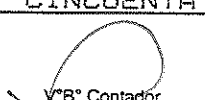
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PETOS DEPORTIVOS COLORES	3,500.00	35,000
10	POLERAS SUBLIMINADAS C7 LOGO NUMERO Y NOMBRE	15,000.00	150,000

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

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

CUENTA : 424196	CONVENIO PROMOCION DE LA SALUD	VALOR NETO	185,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 10 DIAS		SUB-TOTAL	185,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207		IVA	35,150
FORMA DE PAGO : CPNTADO		TOTAL FACTURA	220,150

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS VEINTE MIL CIENTO 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): LABORATORIOS SILESLIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	NITRENDIPINO 20 MG POR 1000	3,700.00	74,000


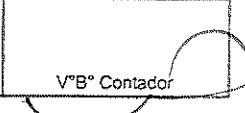
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	74,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	74,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,060
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,060

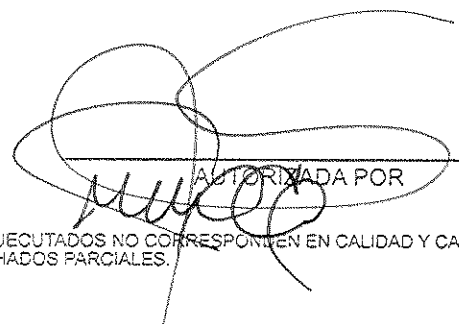
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



OBSERVACIONES:

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

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°

**** 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	ENALAPRILA 10 MG POR 1000	1,700.00	408,000
120	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	1,020,000



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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,428,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,428,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	271,320
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,699,320

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	ATORVASTATINA 10 MG POR 30	330.00	660,000
100	METFORMINA 850 MG POR 1000	8,500.00	850,000
1,200	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMP	120.00	144,000



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

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


CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,654,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,654,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	314,260
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,968,260

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068847

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): JORGE COSTABAL ALCALDE 062450592

Dirección: CURACO 1940 - LOCAL 8

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
115	ALIMENTACION PASEO FIN DE AÑO	15,413.00	1,772,495


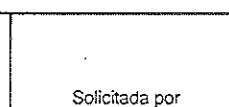
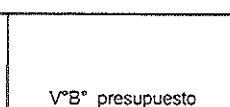

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

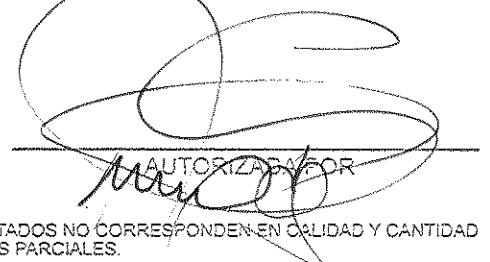
CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE AÑO	VALOR NETO	1,772,495
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,772,495
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	336,774
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,109,269

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CIENTO NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

			
Emitida por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Confirado

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O 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: 06-12-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

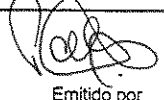

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VISTA - TEC BLANCO	14,980.00	59,920
1	VASO DAPPEN VERDE	295.00	295
4	PIEDRA MONTADA BLANCA	1,380.00	5,520

LA FACTURA DEBE 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

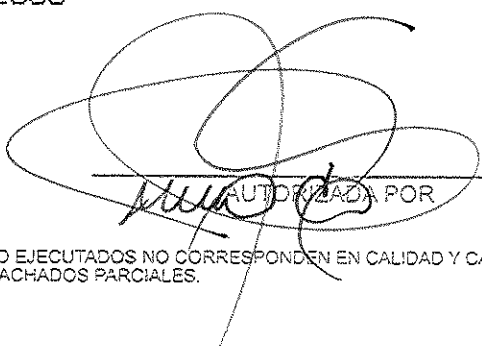
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A=O	VALOR NETO	65,735
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	65,735
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	12,490
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,225

SON : SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 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
9	ALGINATO JELTRATE PLUS RAPIDO 454 GRS	2,800.00	25,200
2	FRESA A/V DIAMANTE TRONCO CONICA Ø17	1,280.00	2,560
3	ENDOMETHASONE	21,290.00	63,870
5	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,500.00	42,500
1	ACONDICIONADOR DE TEJIDO RESILENTE MOLLOSIL (DETAX)	38,985.00	38,985
5	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	8,500.00	42,500

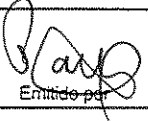
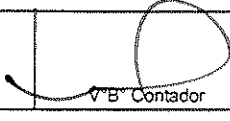
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	215,615
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	215,615
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	40,967
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	256,582

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y DOS 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.



ORDEN DE COMPRA

924

068844

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-12-2013 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	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCCO	16,639.00	66,556
1	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,437.00	12,437
20	SONDA EXAMEN RECTA	588.00	11,760
3	SILICONA SPEEDEX SUIZO MEDIUM 140 ML	6,807.00	20,421
7	SILICONA SPEEDEX COLTENE SUIZO ACTIVADOR 60 ML	6,555.00	45,885
6	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	6,387.00	38,322
1	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.00	1,513
2	PROTAPER 25 MM. S1X6	22,269.00	44,538
1	PORTA PECHERA	1,092.00	1,092
1	CEMENTO ENDODONTICO TOP SEAL DENSPLY	31,765.00	31,765

LA FACTURA DEBE 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	: 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	274,289
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	274,289
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	52,115
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	326,404

SON : TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS 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

9x4

068843

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-12-2013 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
9	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	504.00	4,536
8	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.00	7,392
4	LIMAS K 10 EN 31 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	4,370.00	17,480
4	LIMAS K 10 EN 25 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	4,370.00	17,480
4	LIMAS K 06 EN 25 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	4,370.00	17,480
2	HUINCHA LIJA CELULOIDE	420.00	840
1	GOMA DIQUE 6 x 6 VERDE	4,958.00	4,958
2	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	2,488
3	CONOS GUTAPERCHA 15-40 MAILLEFER	4,958.00	14,874
2	CONOS DE PAPEL NUMERO 40, PACK ESTERIL	1,765.00	3,530
1	AGUJA CORTA CJ/100	3,445.00	3,445
2	CONOS DE PAPEL NUMERO 35, PACK ESTERIL	1,765.00	3,530
2	DYCAL (MARCA DENTSPLY) CAJA MORADA	6,303.00	12,606
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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	112,235
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	112,235
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	21,325
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	133,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

068842

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 17906

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SEDA DENTAL	900.00	900
1	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.00	1,950
1	PERNO FIBRA DE VIDRIO RELIX POST FIBER 3M	95,300.00	95,300
1	PELICULA RADIOGRAFIA DOBLE MARCA KODAK	22,030.00	22,030
1	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.00	4,690
10	MANGOS DE ESPEJOS (PANORAMA 55)	520.00	5,200
1	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	3,500
1	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	3,500

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

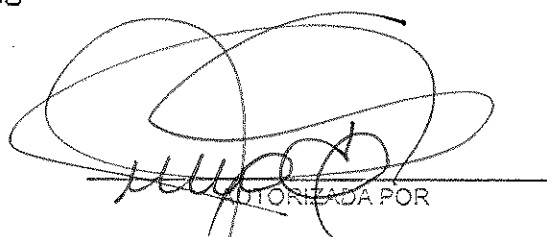
No se acepta la factorización del pago de este documento. =

CUENTA	: 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A=O	VALOR NETO	137,070
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	137,070
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	26,043
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	163,113

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SESENTA Y TRES MIL CIENTO TRECE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068841

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 17906

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-12-2013 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	EUGENOL	350.00	350
2	NATIVIP SURTIDAS CAL 29 GA. 20 COD 5116	21,500.00	43,000
3	MONOJET (JERINGAS DE IRRIGACION) CAJ X 100	21,130.00	63,390
1	LIJA AL AGUA PLIEGO	730.00	730
2	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.00	3,500
1	HIPOCLORITO 5%	991.00	991
2	GOMA DIQUE 5X5 VERDE	3,910.00	7,820
1	GLIDE DENSPLY	23,200.00	23,200
1	CONOS GUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	5,732.00	5,732
1	ALCOHOL DE QUEMAR X LTS.	1,200.00	1,200
2	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML	5,350.00	10,700
1	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	12,730
1	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.00	1,600
2	CONOS DE PAPEL NUMERO 30, PACK ESTERIL	1,730.00	3,460
1	CONOS GUTAPERCHA 30 AL 2% DENSPLY	5,733.00	5,733
2	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	21,064
1	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.00	450
1	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.00	451
1	CONO DE GUTAPERCHA PROPATER F2	6,830.00	6,830
2	CONOS GUTAPERCHA 35 AL 2%	5,734.00	11,468

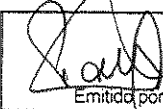
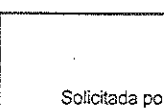
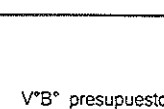
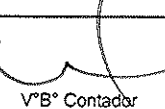
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

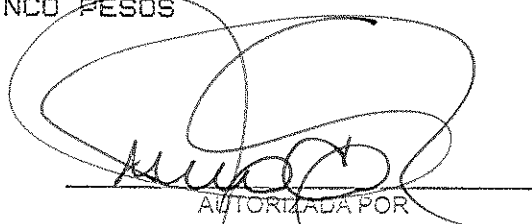
CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	224,399
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	224,399
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	42,636
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	267,035

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL 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.

068840

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: ABUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

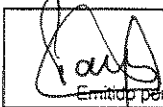
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	990.00	5,940
1	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A1	5,510.00	5,510
6	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA DIAMANTE 801 - 023	1,280.00	7,680
2	FORCEPS INGLES GRUESO IZQUIERDO	3,710.00	7,420
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-022	1,280.00	7,680
1	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	5,510.00	5,510
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 018	990.00	5,940
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 016	990.00	5,940

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

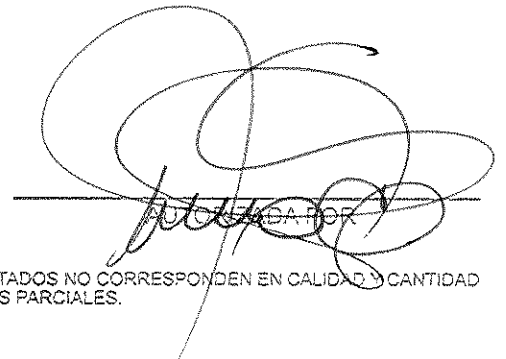
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	51,620
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,620
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,808
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	61,428

SON : SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO 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: 06-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-12-2013 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	COMPOSITE TETRIC FLOW B3	6,387.00	6,387
12	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	504.00	6,048
2	ELEVADOR WINTER (PATA DE CABRA) DERECHO	2,353.00	4,706
2	ELEVADOR WINTER (PATA DE CABRA) IZQUIERDO	2,353.00	4,706
2	JERINGA CARPULE	3,613.00	7,226
3	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	2,394


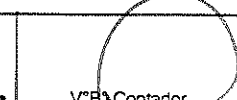
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

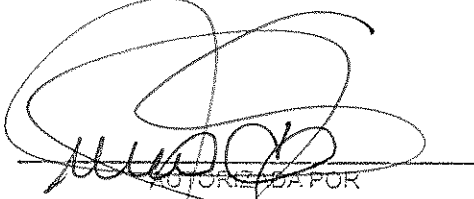
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	31,467
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,467
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,979
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,446

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA 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.

068838

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 17906 de Fecha 06-12-2013 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	FORCEP BAYONETA FINO	3,991.00	7,982
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 factorización del pago de este documento.-


CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	22,514
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,514
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,278
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,792

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISEIS 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.



ORDEN DE COMPRA

9-X11

068837

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At: Sr. ENRIQUETA ANGUIA

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-12-2013 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
2,720	VASO DESECHABLES	13.0	35,360

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	35,360
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,360
LUGAR ENTREGA : RIO LOR 8350	IVA	6,718
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,078

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y DOS MIL SETENTA 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.

068836

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-12-2013 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	CRESOPHENE	19,685.00	19,685
2	SUTURA SEDA NEGRA 3/0	18,540.00	37,080
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	7,400.00	148,000
1	ALVEOGEL	14,560.00	14,560
12	LIMAS N 25	3,048.00	36,576
12	LIMAS N 15	3,048.00	36,576


LA FACTURA DEBE 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.-

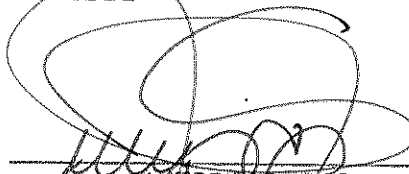
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	292,477
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	292,477
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	55,571
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	348,048

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS

 Emite 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.

068835

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-12-2013 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	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,437.0	12,437
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714.0	5,714
1	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.0	798
5	MASCARILLAS DESECHABLES CJ*50	924.0	4,620
300	VASO DESECHABLES	13.0	3,900
1	HUINCHA LIJA CELULOIDE	420.0	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. -

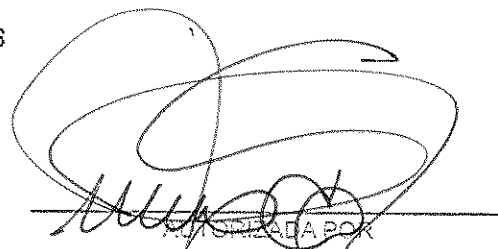
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 27,889
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 27,889
 IVA 5,299
 TOTAL FACTURA 33,188

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TREINTA Y TRES 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.

068834

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 17906

y/o ejecutar, 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	ESCOBILLA PROFILAXIS	298.0	2,980
2	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.0	3,200
2	SUTURA CATGUT 3.0	19,130.0	38,260
1	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.0	4,690
2	HIPOCLORITO DE SODIO 4% LITRO	990.0	1,980
2	SUTURA SEDA NEGRA 5/0	19,990.0	39,980
1	GELITA YODOFORMADA	9,800.0	9,800
1	FORMOCRESOL	4,780.0	4,780
12	EXTRACTOR PULPAR MORADO	1,936.0	23,232
1	EUGENOL	350.0	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

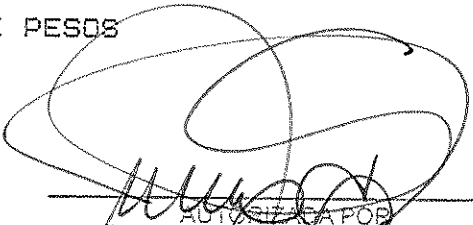
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 129,252
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 129,252
IVA 24,558
TOTAL FACTURA 153,810

SON : CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIEZ 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: 06-12-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 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	FRESA ALTA VELOCIDAD CILINDRICA DIAMANTE 808 - Ø14	990.0	11,880
12	FRESA ALTA VELOCIDAD CILINDRICA DIAMANTE 835 - Ø16	990.0	11,880
10	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	8,500.0	85,000
10	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,500.0	85,000
18	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	3,096.0	55,728
28	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø14	990.0	27,720
12	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø22	1,280.0	15,360
28	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- Ø18	990.0	27,720
28	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- Ø16	990.0	27,720
12	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- Ø12	990.0	11,880

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	359,888
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	359,888
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	68,379
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	428,267

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS 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.

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-12-2013 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	AGUJA CORTA CJ/100	3,445.0	17,225
21	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	714.0	14,994
28	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	714.0	19,992
28	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	714.0	19,992
40	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.0	31,920
10	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,437.0	124,370
2,000	VASO DESECHABLES	13.0	26,000
15	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.0	18,660
20	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.0	18,480
7	LIMAS H 15-40 25 MM MAILLEFER	4,118.0	28,826
15	GELITA SOLA CJ/40	8,067.0	121,005
10	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	504.0	5,040
5	CUBETAS CHICAS BLANCAS X 20 UD.	2,521.0	12,605
5	COMPOSITE JERINGA Z-250 COLOR B2	10,504.0	52,520

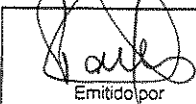

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

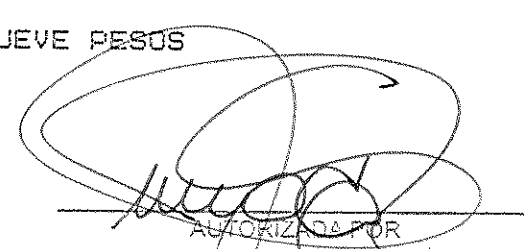
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	511,629
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	511,629
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	97,210
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	608,839

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS 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.

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 17906

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-12-2013 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	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.0	105,320
10	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.0	105,330
2	VITREMER PEDIATRICO	38,901.0	77,802
10	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.0	16,000
10	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.0	105,310
8	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380.0	27,040
5	SEDA DENTAL	900.0	4,500
5	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.0	9,750
20	CEPILLO DENTAL NINO 6 ANOS	1,120.0	22,400
20	PINCELES	1,930.0	38,600
5	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,051.0	5,255
5	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR NEGRO	10,130.0	50,650
5	DISCOS DE LIJA SOF-LEX CHICOS CELESTE	10,130.0	50,650
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.0	12,000
5	BLOCK MEZCLA DYCAL	2,990.0	14,950
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.0	63,650

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


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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	709,247
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	709,247
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	134,757
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	844,004

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATRO PESOS

 Emitido 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.

068830

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


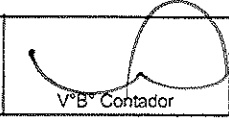
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	FERMIN	4,000.0	8,000

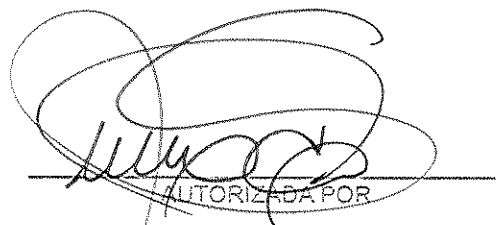
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	8,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,520
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,520

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : NUEVE MIL QUINIENTOS 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

9-X 11

068829

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 **** 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
20	AGUJAS DESECHABLES CORTAS P/CARPULTE TERUMO	3,900.00	78,000
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	7,400.00	148,000
3	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	5,510.00	16,530
3	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A1	5,510.00	16,530
20	PINZA EXAMEN	825.00	16,500

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	275,560
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	275,560
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	52,356
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	327,916

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS 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.

068828

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 **** 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	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	7,980
10	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	12,440
6	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCC	16,639.00	99,834
3,000	VASO DESECHABLES	13.00	39,000
10	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.00	9,240


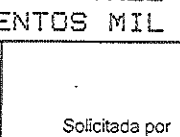
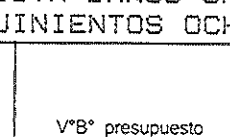

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

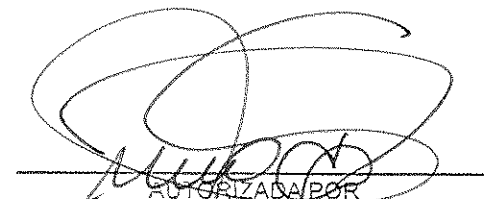
CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	168,494
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	168,494
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	32,014
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	200,508

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS MIL QUINIENTOS OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068827

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIA

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar

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


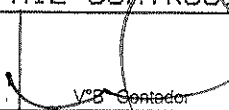
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	15,960
30	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.00	27,720
20	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	24,880
30	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	504.00	15,120
3	MANDRILES O PORTA DISCO SOFLEX	1,513.00	4,539
3	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3	6,387.00	19,161
72	PASTA DENTAL COLGATE TRIPLE ACCION 134 GR.	403.00	29,016
6	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCC	16,639.00	99,834
000	VASO DESECHABLES	13.00	26,000
80	TORULA ALGODON TRENZADA NEW STETIC 3.8 cms. x 0.95 cms.	4,874.00	389,920
20	SONDA DE CARIES (CURVAS)	588.00	11,760
3	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.00	4,539

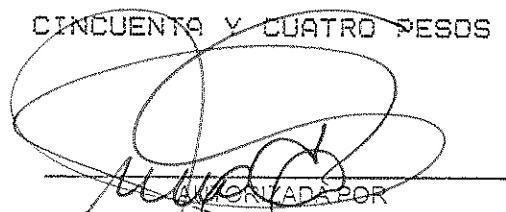
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	668,449
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	668,449
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	127,005
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	795,454

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

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


 MONEDAS 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.

068826

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 17906 de Fecha 06-12-2013 de Fecha 06-12-2013 **** 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	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	63,192
6	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.00	63,198
10	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.00	17,500
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.00	63,186
6	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR NEGRO	10,130.00	60,780
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.00	12,000
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	63,650
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,130.00	30,390
3	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOLUX COLOR A3	29,730.00	89,190
6	SELLANTE FOTOCURADO	12,300.00	73,800
10	PINCELES	1,930.00	19,300




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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	556,186
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	556,186
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	105,675
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	661,861

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y UN 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.

068825

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 17906 de Fecha 06-12-2013 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	127,300
10	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	105,320
20	MANGOS DE ESPEJOS (PANORAMA 55)	520.00	10,400
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,130.00	30,390
72	CEPILLO ORAL B INDICATO PLUS MEDIO-SUAVE	700.00	50,400
10	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.00	105,330
2	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.00	3,900
6	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350.00	122,100
6	PELICULA RX BITE WING CJ*100	36,680.00	220,080



LA FACTURA DEBE 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	775,220
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	775,220
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	147,292
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	922,512

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS DOCE PESOS

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


AUTORIZADO POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): PFIZER CHILE S.A. 969812509

Dirección: AVDA. LAS AMERICAS 173

Teléfono: 2412112

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	AMPARAX SUBLINGUAL 1 MG X 25	11,864.00	83,048

LA FACTURA DEBE 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

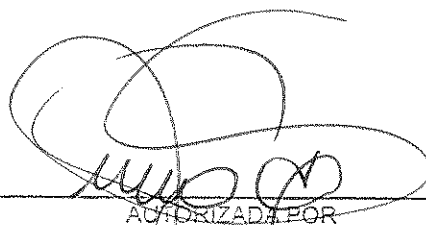
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	83,048
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,048
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	15,779
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,827

SON : NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTISIETE PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068823

FECHA: 06-12-2013

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
17	BERODUAL P/NEBULIZACION	2,990.00	50,830

LA FACTURA DEBE 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	50,830
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,830
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,658
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,488

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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
5	CAPTOPRIL 25 MG	750.00	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 F.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	3,750
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	713
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,463

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

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
180	CARBORON	2,600.00	468,000


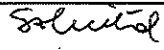
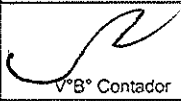
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

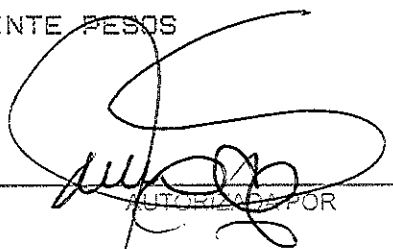
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	468,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	468,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	88,920
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	556,920

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

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


AUTORIZADO POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

068820

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, 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	ZOPICLONA 7.5 MG X 100	2,000.00	240,000



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

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

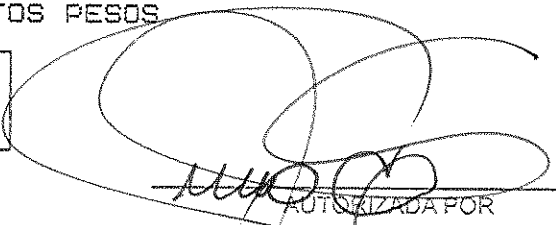
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	240,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	240,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	45,600
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	285,600

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.

068819

FECHA: 06-12-2013

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

Dirección: ANDRES BELLO 2711, P 12

Teléfono: 3667083

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	PIPORTIL 25 MG	18,570.00	148,560

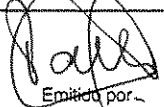
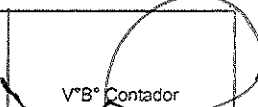
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

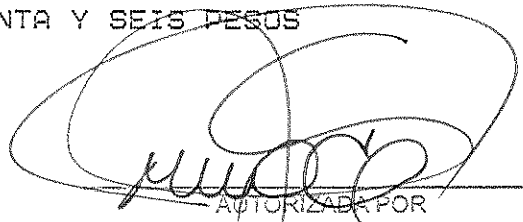
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	148,560
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	148,560
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,226
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	176,786

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA 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.

068818

FECHA: 06-12-2013

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 06-12-2013 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	RISPERIDONA (SPIRON) 3MG. CAJAX100 COMP.	5,900.00	5,900
69	RISPERIDONA (SPIRON) 1MG. CAJAX60 COMP.	3,200.00	220,800
25	LAMOTRIGINA 50MG. X500 COMP. (TRADOX)	12,000.00	300,000
25	CLONAZEPAN 2,0 MG x 500	4,500.00	112,500
6	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,800.00	76,800

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	716,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	716,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	136,040
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	852,040

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS 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.

068817

FECHA: 06-12-2013

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

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

y/o ejecutar, 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	ACIDO VALPROICO 250 MG X 200 CM	8,000.00	960,000


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.-

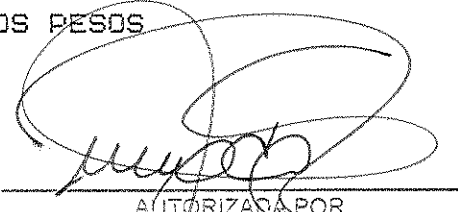
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	960,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	960,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	182,400
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,142,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CIENTO CUARENTA Y DOS 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 USTÉDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
51	OLANZAPINA 10 MG X 30	3,900.00	198,900


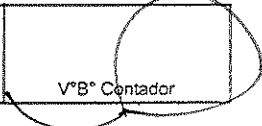
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	198,900
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	198,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	37,791
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	236,691

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS 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.

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA. 850257000

Dirección: ANDRES BELLO 2687 PISO 19

Teléfono: 2039041

At.: Sr.: ALEJANDRA MUÑOZ

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

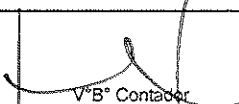
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	ESKALIT SR 450MG	4,500.00	135,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	135,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	135,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	25,650
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	160,650
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO SESENTA MIL SEISCIENTOS 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.

068814

FECHA: 06-12-2013

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 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
59	TRITICO 100 MG	8,000.00	472,000
3	TONARIL (TRIHEXIFENDILO CLORHIDRATO) 2 MG. X1 00 COMP.	7,000.00	21,000
200	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	88,000
3	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,500.00	22,500
25	CLONAZEPAN 0,5 MG x 1000	16,000.00	400,000
39	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	230,100
5	AUSENTRON 75 POR 30	8,500.00	42,500
8	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.00	24,800

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	1,300,900
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,300,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	247,171
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,548,071

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETENTA Y UN PESOS

 Emiteo por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Costador
--	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): FARMACEUTICA 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 06-12-2013 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VENLAFAXINA 75 MG 1.000 COMP.	52,500.00	210,000
300	QUETIAPINA 100 MG x 30	3,950.00	1,185,000
152	PAROXETINA 20 MG.	1,450.00	220,400
33	OMEPRAZOL 20MG.30CA.	330.00	10,890
76	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	120.00	9,120

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

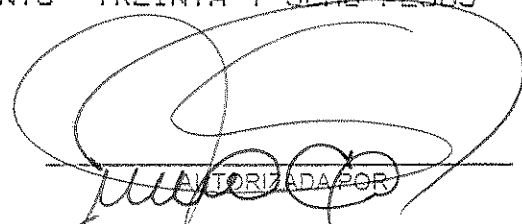
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,635,410
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,635,410
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	310,728
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,946,138

SON : UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO 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.

068812

FECHA: 06-12-2013

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.


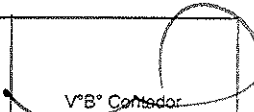
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SPIRIVA X 30 CAP	24,420.00	48,840
348	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	922,200

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	971,040
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	971,040
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	184,498
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,155,538

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068811

FECHA: 06-12-2013

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 06-12-2013 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	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.00	44,000
58	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.00	278,400
30	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	2,700.00	81,000
1	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	8,900.00	8,900
1	DOMPERIDONA 10 MG por 1000	9,900.00	9,900
4	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	9,800.00	39,200
1	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	8,500.00	8,500
3	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,800.00	38,400
1	ATENOLOL 100 MG por 1000	8,900.00	8,900
18	ALLOPURINOL 300 MG.20 COMP.	420.00	7,560
57	AC. FOLICO 5 MG por 30	960.00	54,720
1	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	14,000.00	14,000
1	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,000.00	11,000
38	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,700.00	140,600
1	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100	49,000.00	49,000

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

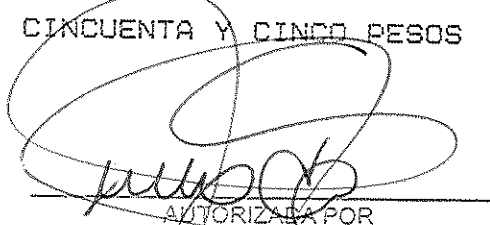
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	794,080
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	794,080
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	150,875
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	944,955

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SDN : NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO 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): 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
6	OFTABIOTICO COLIRIO	2,580.00	15,480

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	15,480
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,480
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	2,941
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,421

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

 Emitted by	 Requested by	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068809

FECHA: 06-12-2013

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 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
335	ESTRADIOL 2 MG X 30 COMP	5,100.00	1,708,500

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,708,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,708,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	324,615
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,033,115

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DOS MILLONES TREINTA Y TRES MIL CIENTO QUINCE PESOS

Entido 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.

068808

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
 y/o ejecutar, 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	MACROSAN 100 MG POR 50	4,250.00	119,000
350	JABON GERM TRICLOSAM 1%	485.00	169,750
177	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.00	265,500



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.-

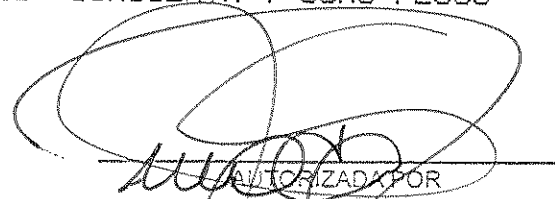
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	554,250
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	554,250
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	105,308
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	659,558

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

058807

FECHA: 06-12-2013

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
4	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	16,900.00	67,600
1	LOPERAMIDA 2 MG por 1000	6,000.00	6,000
2	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	15,400.00	30,800
3	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.00	24,600


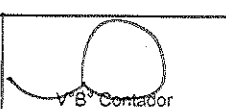
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

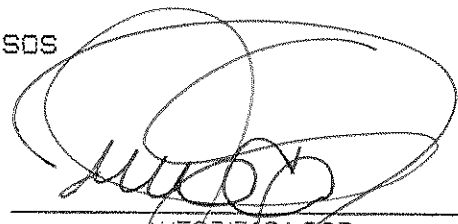
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	129,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	129,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	24,510
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	153,510

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS

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


AUTORIZADA 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.

068806

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar

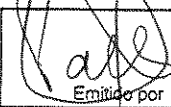
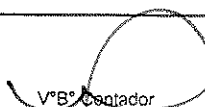
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
226	SACARINA 20MG/FCD 180 ML	432.00	97,632

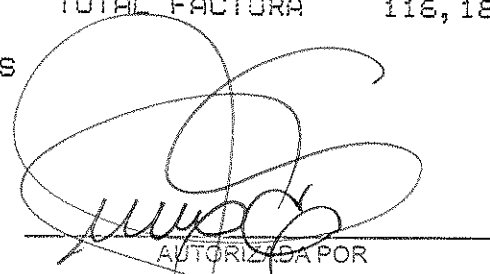
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	97,632
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	97,632
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	18,550
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,182
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO DIECISEIS MIL CIENTO OCHENTA 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.

068805

FECHA: 06-12-2013

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar

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


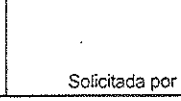
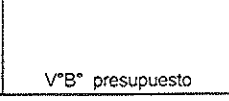
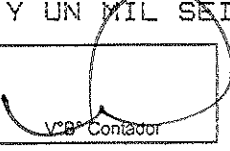
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
560	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	246,400
9	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,900.00	44,100
4	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	9,500.00	38,000
24	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	9,000.00	216,000
1	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	12,000.00	12,000
15	LORATADINA 10 MG POR 1000	6,500.00	97,500
2	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,500.00	15,000
1	ANTIESPASMODICO AD. CJX1000 por 1000	13,000.00	13,000
1	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 250	42,000.00	42,000
1	CONTRALMOR SUPOSITARIO	2,000.00	2,000
11	POLIVITAMINICO por 1000	19,000.00	209,000
10	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000	8,900.00	89,000
2	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.00	11,000

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

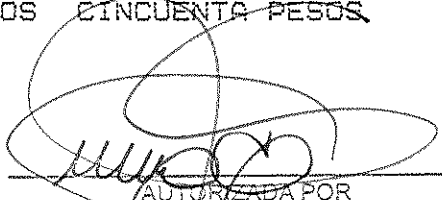
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,035,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,035,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	196,650
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,231,650

SON : UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS.

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068804

FECHA: 06-12-2013

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 06-12-2013 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
21	VASELINA SOLIDA 30gr	245.00	5,145
5	VASELINA LIQ. por 125ml	550.00	2,750
2	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	19,000.00	38,000
2	PROPANOLOL 40 MG por 1000	4,500.00	9,000
8	IBUPROFENO 400 MG por 1000	9,200.00	73,600
20	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	3,750.00	75,000
190	GEMFIBROZIL 600 MG por 20	720.00	136,800
730	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	120.00	87,600
25	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 100	5,100.00	127,500
1	FERRIGOT por 25	14,065.00	14,065
105	FLUCONAZOL 150 MG X 2 COMP.	378.00	39,690
2	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	9,500.00	19,000
5	CLORANFENICOL UNG.OFT 1% por 1	990.00	4,950
7	CLORANFENICOL SOLUC. OFTALMICO 0.5% X10.ML.X 1 FCO	1,150.00	8,050
3	BROMHEXINA JBE 4 MG/5ML por 25	11,050.00	33,150
2	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,065.00	12,130
95	ATORVASTATINA 10 MG por 30	330.00	31,350
35	ATENOLOL 50 MG por 1000	6,500.00	227,500
8	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,700.00	45,600
42	AC. FOLICO 1 MG POR 30	290.00	12,180
4	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000	7,000.00	28,000
132	PAROXETINA 20 MG. x 30	1,450.00	191,400
74	METFORMINA 850 MG por 1000	8,500.00	629,000


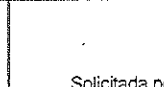
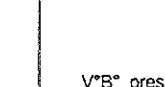

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,851,460
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,851,460
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	351,777
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,203,237

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE 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.

WINPHARM SPA 760797820

Señor(es):

AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

9644124

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-12-2013

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	SAL REHIDRATAC ORAL 60 mEqX30SOB por 30	6,900.0	6,900
7	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	5,000.0	35,000
106	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	9,000.0	954,000
5	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	15,000.0	75,000
5	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.0	11,500
66	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.0	561,000
59	ATORVASTATINA 20 MG. x 1000 COMP.	11,500.0	678,500
50	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	190.0	9,500
2	METRONIDAZOL 500 MG por 1000 compr	52,500.0	105,000
5	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	215.0	1,075
114	PARACETAMOL 500 MG por 1000	3,600.0	410,400
93	ENALAPRILA 10 MG por 1000	1,700.0	158,100

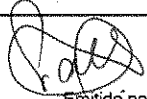

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	3,005,975
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,005,975
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	571,135
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,577,110

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO DIEZ PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-12-2013

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 05-12-2013 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
95	BENGUE POMADA POTE 30grs	470.00	44,650
26	PASTA LASAR 30 Grs.	390.00	10,140

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	54,790
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	54,790
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	10,410
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SDN : SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): MINTLAB CO. S. A. 965813705

Dirección: NUEVA ANDRES BELLO 1940 1960

Teléfono: 4894465 / 2735 2988

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.

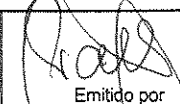
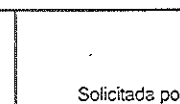
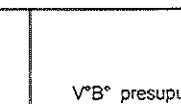

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ANTIESPASMODICO SUPOSITORIO INF. CJX50	3,200.00	6,400

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


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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	6,400
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,216
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,616

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SIETE MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: AV. CHILE ESPAÑA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-12-2013 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



LA FACTURA DEBE 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	94,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	94,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	17,955
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	112,455

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM : CIENTO DOCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068798

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): LABORATORIOS SILESLIA 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 06-12-2013 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	DICLOFENACO 50 MG por 1000	6,800.00	34,000
4	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	9,800.00	39,200
36	CLARITROMICINA 500 MG por 100	11,900.00	428,400
6	ATENOLOL 100 MG por 1000	8,900.00	53,400
4	DOMPERIDONA 10 MG por 1000	9,900.00	39,600


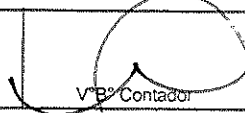
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

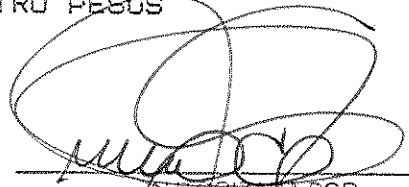
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	594,600
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	594,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	112,974
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	707,574

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS SIETE 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.

068797

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, 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	MACROSAN 100 MG POR 50	4,250.00	170,000
200	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.00	300,000

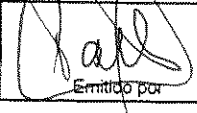

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

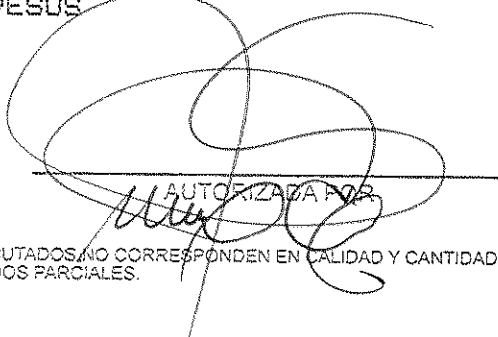
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	470,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	470,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	89,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	559,300

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

068796

FECHA: 06-12-2013

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
6	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	4,950.00	29,700
60	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	16,900.00	1,014,000
3	LOPERAMIDA 2 MG por 1000	6,000.00	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.-

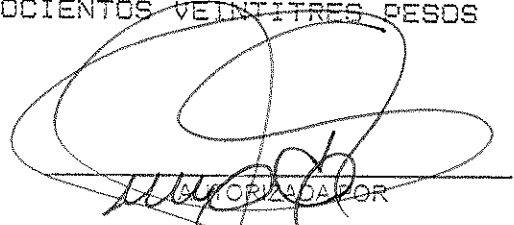
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,061,700
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,061,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	201,723
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,263,423

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTITRES 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

9-X 11

068795

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-12-2013 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
196	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	432.00	84,672

LA FACTURA DEBE 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	84,672
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	84,672
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	16,088
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	100,760

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

Emitido por	Solicitada por	V"B" presupuesto	V"B" Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

068794

FECHA: 06-12-2013

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 06-12-2013 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
13	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 250	42,000.00	546,000
80	CLARITROMICINA 500 MG por 14	1,932.00	154,560


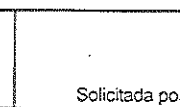
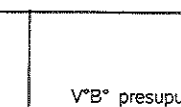

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

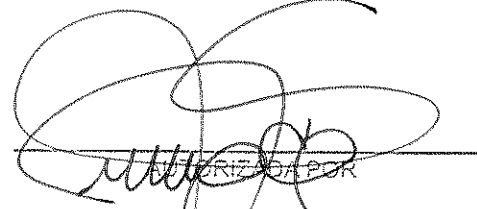
CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	700,560
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	700,560
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	133,106
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	833,666

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Costador

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

9-XA

068793

FECHA: 06-12-2013

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-12-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ANTIESPASMODICO AD. CJX1000 por 1000	13,000.00	26,000
166	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	73,040
50	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	295,000
5	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,900.00	24,500
15	POLIVITAMINICO por 1000	19,000.00	285,000
10	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000	8,900.00	89,000
2	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.00	11,000
1	LORATADINA 10 MG POR 1000	6,500.00	6,500
1	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	9,500.00	9,500
4	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	12,000.00	48,000
1	DISULFIRAM 500 MG por 1000	50,000.00	50,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	917,540
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	917,540
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	174,333
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,091,873

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA 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 USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068792

FECHA: 06-12-2013

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN 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 06-12-2013 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	OMEPRAZOL 20MG. 30CA.	330.00	4,950

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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

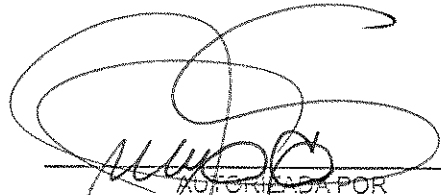
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS	VALOR NETO	4,950
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,950
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	941
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,891

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CINCO MIL OCHOCIENTOS 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

9-X11

068791

FECHA: 06-12-2013

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 06-12-2013 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
72	METFORMINA 850 MG por 1000	8,500.00	612,000

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	: 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	754,100
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	754,100
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	143,279
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	897,379

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA 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.

068790

FECHA: 06-12-2013

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 06-12-2013 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	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	9,500.00	57,000
5	CLOPRIMAZINA 25 MG por 1000	4,750.00	23,750
72	VASELINA AZUFRADA 6%	550.00	39,600
5	PROPANOLOL 40 MG por 1000	4,500.00	22,500
20	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,065.00	121,300
100	ATENOLOL 50 MG por 1000	6,500.00	650,000
1	MEBENDAZOL 100 MG	2,000.00	2,000
200	GEMFIBROZILLO 600 MG por 20	720.00	144,000
100	FERRIGOT por 25	14,065.00	1,406,500


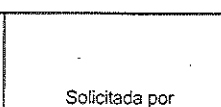
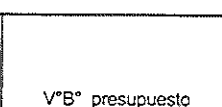

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

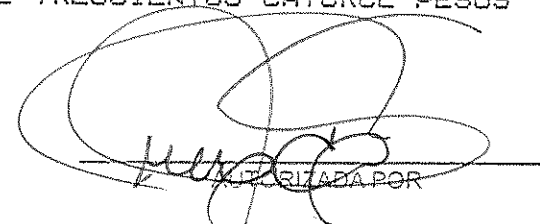
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,466,650
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,466,650
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	468,664
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,935,314

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS

			
Emite 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): 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 06-12-2013 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 por 1000 compr	52,500.00	315,000



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.-

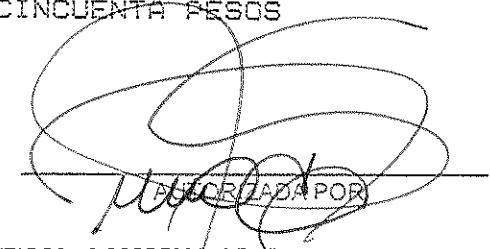
CUENTA : 424264 NUEVA PATOLOGIA GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 315,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 315,000
 IVA 59,850
 TOTAL FACTURA 374,850

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 S21 : TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS 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): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-12-2013 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	AC. ACETILSALICILICO 500 MG/ por 1000	9,000.00	9,000
20	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.00	46,000
8	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	68,000
15	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	5,000.00	75,000
2	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	15,000.00	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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	228,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	228,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	43,320
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	271,320

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

**** 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
900	JERINGA B. DIC. JER. DESE. L. LOK 10ML	48.00	43,200

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 factorización del pago de este documento.-

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

VALOR NETO 43,200
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 43,200
 IVA 8,208
 TOTAL FACTURA 51,408

 Emitido por	MEMO # 24 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.

04-12-2013

FECHA:

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

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329


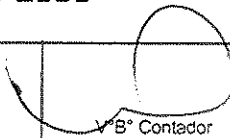
At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	590.00	11,800

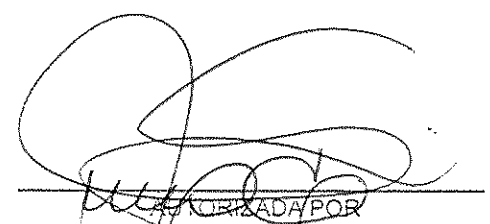
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	11,800
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	11,800
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,242
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,042
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CATORCE MIL CUARENTA Y DOS PESOS		

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

4-XD

068784

04-12-2013

FECHA:

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

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 30MG 1 ML-X 100 AMP	9,500.00	38,000

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

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

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS

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.

068783

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO
 De acuerdo a su cotización N° 15

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 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	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC CON GAS	410.00	4,100
15	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 270 GRS.	2,780.00	41,700

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 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 45,800
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 45,800
 IVA 8,702
 TOTAL FACTURA 54,502

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS 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.

068782

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
 De acuerdo a su cotización N° 25

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 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	AZUCAR 1KG IANSA	498.00	9,960
18	COCA-COLA LIGHT 1500 CC POR UNIDAD	732.00	13,176
8	TE LIPTON ETIQUETA NEGRA CAJA X 100	1,992.00	15,936


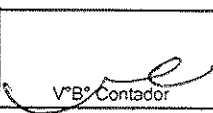
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	39,072
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,072
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	7,424
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,496

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 14

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-12-2013 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	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	509.00	27,995
20	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	445.00	8,900
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	798.00	7,980
105	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	50.00	5,250
5	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	265.00	1,325
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	3,275
6	CINTA PARA ENMASCARAR 3M 18X55 MTS.	273.00	1,638
10	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	60.00	600
10	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	585.00	5,850
10	PAPEL CRAF PLIEGO	39.00	390
145	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,382.00	200,390
15	PILAS AAA x 4	1,410.00	21,150


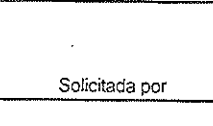
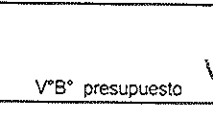
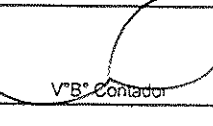
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

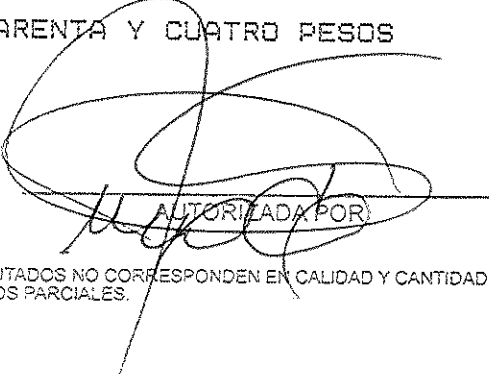
CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	284,743
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	284,743
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	54,101
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	338,844

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

 Emilido 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° 24

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 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
255	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	405,450
30	PEGAMENTO CONTACTO 50 ML. TRASPARENTE UHU	989.00	29,670
20	PEGAMENTO UNIVERSAL 33 ML. UHU	450.00	9,000
20	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	220.00	4,400
20	PINCEL GERMAN 101 N° 5	125.00	2,500
20	PINCEL GERMAN 101 N° 11	128.00	2,560
20	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	215.00	4,300
20	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	222.00	4,440
2	PUSH PINS X 100 UND.	369.00	738
10	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	922.00	9,220
10	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	922.00	9,220
10	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	922.00	9,220
10	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	922.00	9,220
10	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	922.00	9,220
10	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	922.00	9,220
10	TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL	922.00	9,220


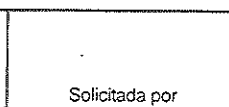
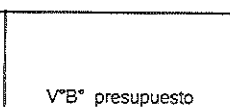

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	527,598
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	527,598
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	100,244
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	627,842

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA 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.

068779

FECHA: 04-12-2013

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° 24

de Fecha 04-12-2013 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	CAJA ALFILERES	136.00	680
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA AMARILLO REPROGRAF	4,280.00	4,280
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA VERDE REPROGRAF	4,280.00	4,280
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO CELESTE REPROGRAF	4,980.00	4,980
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO VERDE REPROGRAF	4,980.00	4,980
1	CALENDARIO GRANDE	775.00	775
10	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	560
2	CARPETA VINIL CARTA FAST RHEIN	424.00	848
1	CARPETA VINILICA TIPO CAJA	644.00	644
52	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	270.00	14,040
52	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	270.00	14,040
52	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	270.00	14,040
60	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	4,560
40	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	3,040
40	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	3,040
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.00	2,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	760
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	76.00	2,280
40	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.00	3,040
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	2,280
6	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM.X40 MT.	260.00	1,560
8	CINTA TRANSPARENTE OFIJET 18X30	169.00	1,352
12	COLA FRIA BOQUILLA DISP.120 GR. T.AZUL PEGAFIX	394.00	4,728
10	ESPIRAL 14 MM.NEGRO 100 HJS. (50 U.)	1,719.00	17,190
10	ESPIRAL 17 MM.NEGRO 100 HJS. (50 U.)	2,490.00	24,900
12	GOMA DE BORRAR	45.00	540
1	GUILLOTINA METALICA 40 CM.	21,300.00	21,300
24	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	81.00	1,944
12	MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.	794.00	9,528
10	MODELPASTA CERAMICA EN FRIO 1/2 KILO ARTEL	2,289.00	22,890
20	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	82.00	1,640
20	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	82.00	1,640
20	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	82.00	1,640
20	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	82.00	1,640

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	197,919
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	197,919
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	37,605
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	235,524

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS

Emilito 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.

068778

FECHA: 04-12-2013

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

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 4

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 sírvase despachar

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


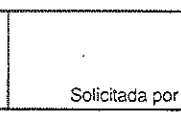
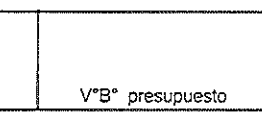
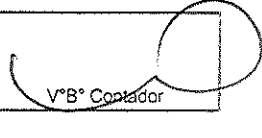
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
56	APRETAPAPEL CHICO x u	66.00	3,696
6	APRETAPAPEL CHICO 19 MM.	66.00	396
20	APRETAPAPEL MEDIANO 32 MM.	99.00	1,980
6	MASTER DUPLICADOR LDD 025	38,600.00	231,600
300	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	60.00	18,000
20	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	450.00	9,000
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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

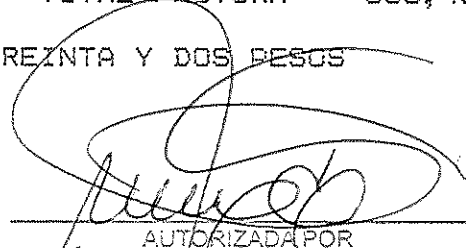
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	322,212
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	322,212
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	61,220
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	383,432

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SAN : TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS 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.

068777

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 13

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-12-2013 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	CARTRIDGE H.P. 21 NEGRO	6,586.00	13,172



LA FACTURA DEBE 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.-

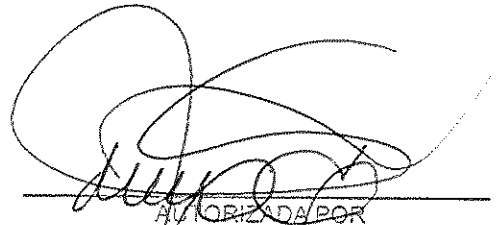
CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	13,172
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,172
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,503
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,675

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINCE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

	
Empledo por	V"B" Contador
Solicitada por	V"B" presupuesto

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 VESPUCCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 13

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 sírvase despachar

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


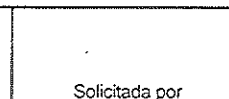
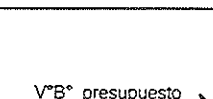

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	MOUSE USB GENIUS	2,253.00	22,530
45	MOUSE CON SCROLL USB	2,263.00	101,835
3	MOUSE CON SCROLL PSE	2,031.00	6,093
2	PUNTERO LASER	3,300.00	6,600

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

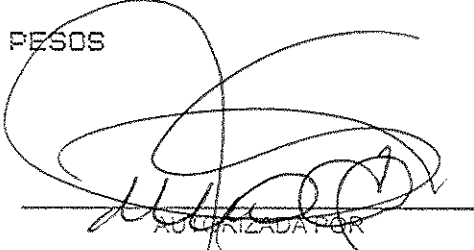
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	137,158
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	137,158
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	26,060
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	163,218

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO 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.

068775

FECHA: 04-12-2013

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 04-12-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 23

y/o ejecutar, 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	CAJA COMPAC DISC, REGRABABLE 10 U X IMATION	1,298.00	1,298
9	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,200.00	19,800
8	CD IMATION GRABABLE	241.00	1,928
70	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	17,990
24	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	257.00	6,168
55	DVD-R IMATION 4.7 GB 8X STANDARD	244.00	13,420
50	DVD-RW IMATION 4.7 GB 16X	244.00	12,200
8	KIT LIMPIEZA COMPUTADOR	1,230.00	9,840
5	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	1,800.00	9,000
3	TECLADO	3,744.00	11,232
15	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	3,525.00	52,875


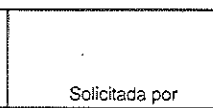
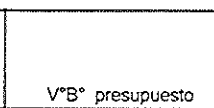

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

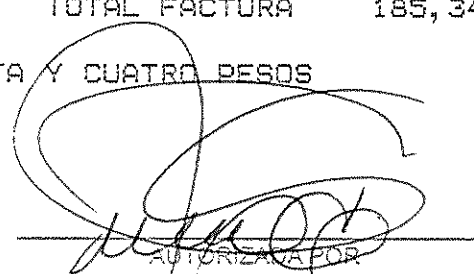
CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	155,751
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,751
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	29,593
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	185,344

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA 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.

068774

FECHA: 04-12-2013

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° 3 de Fecha 04-12-2013 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	LIMPIADOR LECTOR CD KENSINGTON	10,990.00	21,980
8	MASTER RISO CZ 180	29,875.00	239,000
28	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,990.00	139,720
2	PAPEL FOTOGRAFICO PLUS (IMPRESORA) X 20 HOJAS	3,790.00	7,580
2	PAPEL IMPR. H.P. 51634Y PREMIUM/200H/986 200 H OJAS	4,290.00	8,580
51	SOBRES PARA CD	50.00	2,550
8	TINTA RISO CZ 180 BLACK	18,625.00	149,000


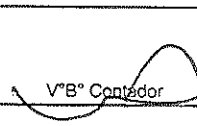
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALDR NETO	568,410
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 568,410
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA 107,998
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 676,408

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS

 Emite 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.

068773

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-12-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CLORO X LITRO	289.00	2,890
18	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. FRESCURA FR POET T	820.00	14,760
15	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	820.00	12,300
5	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	5,500.00	27,500
68	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U POTE X 2 ROLLOS	6,125.00	416,500

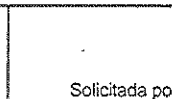
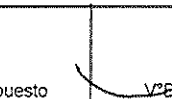
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

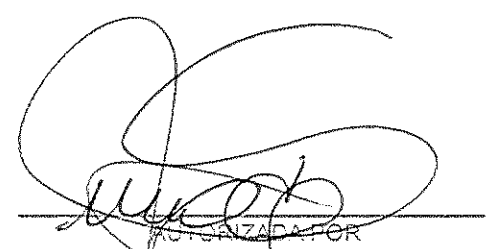
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	473,950
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	473,950
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	90,051
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	564,001

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL 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 USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068772

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 22

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 sírvase despachar

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


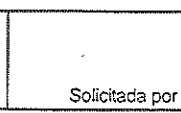
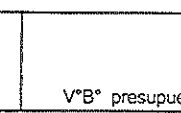

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CIF CREMA X 750 CC	710.00	1,420
4	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,250.00	21,000
3	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	5,961
24	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498.00	11,952
30	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	19,470
2	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	14,529.00	29,058
24	RENOVADOR DE GOMA PARA AUTOMOVIL KIT 440 CC.	1,290.00	30,960
24	SHAMPOO KIT PARA AUTO 55 CC. JOHNSON	659.00	15,816

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

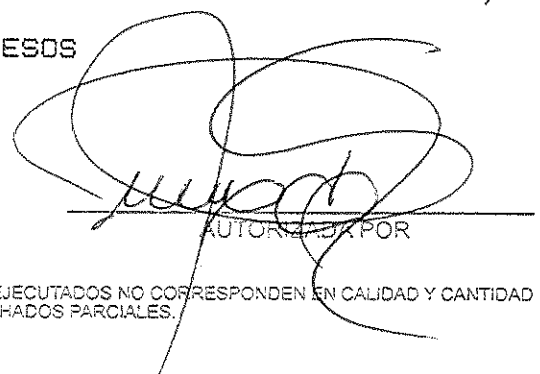
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	135,637
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	135,637
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	25,771
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	161,408

SON : CIENTO SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHO 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.

068771

FECHA: 04-12-2013

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 04-12-2013 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ESPONJA P/ LOZA	99.00	990



LA FACTURA DEBE 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.-

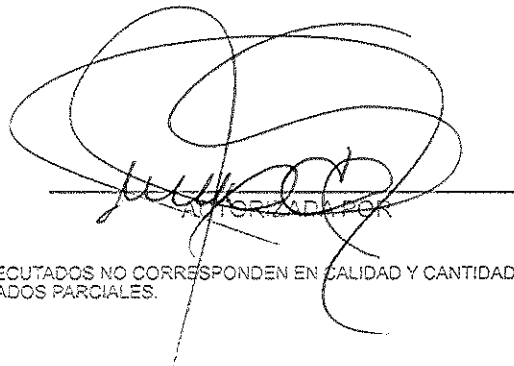
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	990
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	990
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	188
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,178

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

068770

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 12

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 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	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	550.00	11,000
10	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	1,990.00	19,900
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,890.00	28,900
50	PANO AMARILLO	117.00	5,850
10	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	125.00	1,250
20	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 20 WATTS	168.00	3,360
20	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	168.00	3,360
211	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	227.00	47,897
22	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	6,125.00	134,750
10	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	511.00	5,110
530	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	657.00	348,210


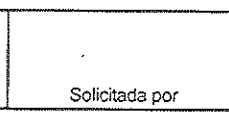
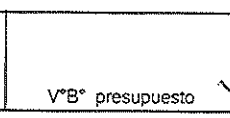
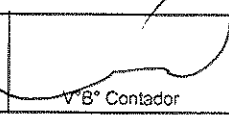
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

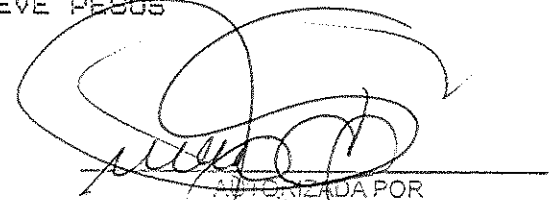
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	609,587
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	609,587
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	115,822
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	725,409

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS 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): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAD

** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 04-12-2013 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	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	2,120.00	10,600
3	BALDES ESTRUJADOR VIRUTEX	3,150.00	9,450
70	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405.00	28,350
70	BOLSA BASURA 80X110	559.00	39,130
90	BOLSA BASURA 80X120	722.00	64,980
12	CERA ACRILICA AUTOBRILLO ENV.20 LTS. WINZA-139 ROJA	4,500.00	54,000
5	CLORO X LITRO	289.00	1,445
38	CLORO GEL	565.00	21,470
12	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120.00	25,440
9	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,174.00	10,566
15	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.POLAR POETT	820.00	12,300
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.PRIMAVERAL POETT	820.00	4,100
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BANO SOL POETT	820.00	4,100
25	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLADE	820.00	20,500
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. FRESCURA FR POETT	820.00	4,100
15	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POETT	820.00	12,300
30	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT	820.00	24,600
5	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	820.00	4,100
12	DETERGENTE DMO MATIC X 5 KGS	8,800.00	105,600
1	DETERGENTE LIQUIDO X 5 LTS	2,674.00	2,674
6	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	5,500.00	33,000
6	DISPENSADOR TOALLA NOVA	26,990.00	161,940
27	ESPONJA VIRUTEX	180.00	4,860
12	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,650.00	43,800
1	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	2,450
5	LAVALOZAS X 5 LTS	2,540.00	12,700
42	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	112,938
8	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282.00	18,256

LA FACTURA DEBE 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	849,749
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	849,749
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	161,452
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,011,201

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON ONCE MIL DOSCIENTOS 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.

068768

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
 De acuerdo a su cotización N° 22

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 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	SOPAPO	413.00	826
1	TOALLA NOVA P/DISPENSADOR X 12	6,900.00	6,900
46	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,127.00	51,842
400	VASOS PLASTICOS 300 CC.	13.00	5,200
350	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	14.00	4,900
30	VIM LIQ. AMONIACLOROx lts	1,268.00	38,040
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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	114,123
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	114,123
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	21,683
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	135,806

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SQN : CIENTO TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS 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.

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 04-12-2013 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
13	DETERGENTE OMO 400 KGS	695.00	9,035
4	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,250.00	21,000
8	DISPENSADOR DE JABON METALICO	13,689.00	109,512
12	ESCOBILLON PARA LIMPIAR TAZA DE WC	479.00	5,748
1	ESCOBILLA PARA LIMPIAR AZULEJOS	525.00	525
30	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	8,520
10	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	19,870
5	GLASSEX RECARGA	673.00	3,365
5	GUANTES AMARILLO TALLA L	262.00	1,310
12	GUANTES GOMA 7 1/2	490.00	5,880
10	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	490.00	4,900
16	GUANTES TEJIDO PVC	149.00	2,384
15	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,224.00	18,360
10	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872.00	18,720
9	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	10,800
17	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	5,500.00	93,500
54	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	35,046
15	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,346.00	20,190
5	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	6,450
9	MOPA CLASICA VILEDA C/MANGO REUTILIZABLE	4,876.00	43,884
12	MOPA FIBRA 16	1,668.00	20,016
26	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	416.00	10,816
7	PAPEL ALUMINIO	366.00	2,562
6	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	2,796
20	PANO MULTIUSO GRANDE	267.00	5,340
16	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	390.00	6,240
7	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	349.00	2,443
10	PANOS ESPONJA	375.00	3,750
10	PANOS SACO CON OJAL	475.00	4,750
16	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	435.00	6,960
24	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	20,880
10	PLUMERO	388.00	3,880
12	PLUMILLA LIMPIA VIDRIOS	1,237.00	14,844
3	REPUESTO MOPA HUMEDA	1,729.00	5,187
5	ROLLO ALUSA PLAS	414.00	2,070

LA FACTURA DEBE 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	551,533
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	551,533
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	104,791
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	656,324

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA ***

6-X11

068766

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 22

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-12-2013 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	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,026.00	6,078
8	ALGODON EN VARITAS COTONITOS X 200 UN	696.00	5,568
35	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	41,370
10	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT DECOGLOBO PHILIPS	2,313.00	23,130
5	ANTIGRASA X 500 ML	638.00	3,190
10	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 700 CC.	710.00	7,100
2	BARRE HOJAS	2,400.00	4,800
2	BARREDOR DE AGUA x 37 CM	799.00	1,598
2	BASURERO REDONDO C/TAPA 17 LTS 45X26	4,821.00	9,642
30	BOLSA BASURA 50X70	194.00	5,820
10	BOLSA BASURA 50X90	380.00	3,800
16	BOLSA BASURA 120X130	2,439.00	39,024
69	CIF CREMA X 750 CC	710.00	48,990
5	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	864.00	4,320
3	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,125.00	6,375
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 CITRICO	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 BCR. 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
9	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + REPUESTO LAVANDA	5,891.00	53,019
5	DESODORANTE P/BAND	1,215.00	6,075

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	439,854
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	439,854
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	83,572
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	523,426

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON QUINIENTOS VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): 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 04-12-2013 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	BALDES X 10 LTS	1,200.00	12,000
60	CLORO X 5 LTS	950.00	57,000
1	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	8,100.00	8,100
15	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	3,100.00	46,500
22	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	2,150.00	47,300
5	ESPATULAS	1,000.00	5,000
5	ESPONJA P/ LOZA	99.00	495
1	LUSTRA MUEBLES X 5 LTS	6,390.00	6,390
5	MULTIDETERGENTE MARINO POR LITRO	600.00	3,000
26	SERVILLETA NOVA 22X23	200.00	5,200
34	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.00	47,600


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

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

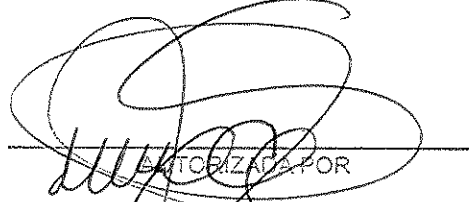
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	241,579
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	241,579
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	45,900
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	287,479

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE 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.

068764

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO
 De acuerdo a su cotización N° 12

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 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 80X120	722.00	14,440



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.-

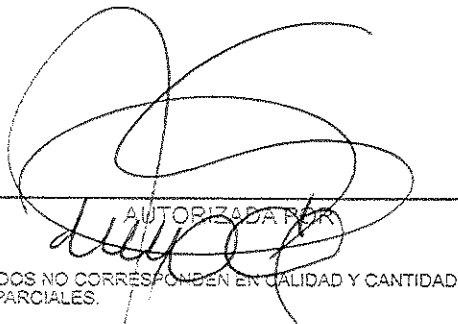
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	14,440
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,440
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,744
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,184

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL CIENTO OCHENTA 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.

068763

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
 De acuerdo a su cotización N° 22

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT	1,600.00	16,000
8	DIF CREMA X 750 CC	710.00	5,680
8	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	5,192
6	SACA ZARRO FRASCO	1,743.00	10,458

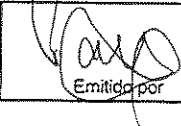
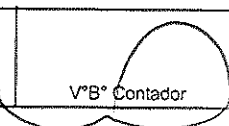
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	37,330
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,330
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	7,093
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,423

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

068762

FECHA: 04-12-2013

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 04-12-2013 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	GUANTES PVC TAM. L	690.00	4,140
12	JABON LIQUIDO DOVE FRASCO 800 ML.	1,900.00	22,800

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

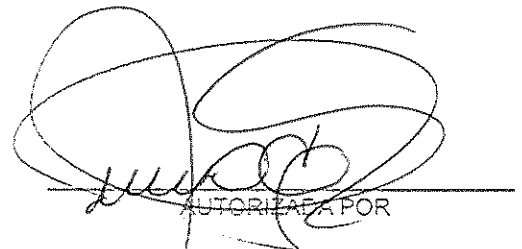
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	26,940
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,940
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,119
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,059

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TREINTA Y DOS MIL CINCUENTA 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): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 11

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-12-2013 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	MARCADOR ROPA M10 AZUL	585	4,680
15	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	585	8,775
8	MARCADOR ROPA M10 ROJO	585	4,680
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,382	69,100
56	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,382	77,392
4	PEGAMENTO LA GOTITA	656	2,624
2	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,580	3,160
12	PILAS AAA x 4	1,410	16,920
6	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	180	1,080
8	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	180	1,440
6	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA ROJO	180	1,080
6	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VERDE	180	1,080
5	PLUMON PIZARRA MAGNETICA AZUL	180	900
5	PLUMON PIZARRA MAGNETICA ROJO	180	900
3	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	240	720
3	PORTA MINAS 0.7	240	720
30	PORTA TACO CALENDARIO GRANDE	1,200	36,000
50	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	198	9,900
8	REGLA METALICA X 50 CM.	1,185	9,480
5	REVISTERO OFICIO SIMPLE REJILLA NEGRA	2,100	10,500
12	SACA CORDHETE PALANCA	175	2,100
10	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	587	5,870
33	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN JG	825	27,225
6	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	99	594
30	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	895	26,850
8	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	540	4,320
24	STICK FIX 40 gr. UHU	530	12,720
15	TIJERAS GRANDE	320	4,800
1	TIRITAS PARA VISORES RHEIN 250 UNID. COLORES S URTIDOS	275	275
2	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	460	920

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

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

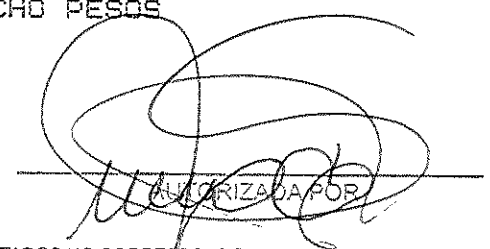
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	346,805
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	346,805
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	65,893
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	412,698

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SEN : CUATROCIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS NOVENTA 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.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-12-2013 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	ARCHIVADOR LOMO ANCHO CARTA	560	3,920
95	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	560	53,200
20	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	898	17,960
4	ARCHIVADOR PALANCA 1/2 OFICIO	585	2,340
4	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	390	1,560
4	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	450	1,800
9	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	298	2,682
10	CAJA PARA ARCHIVO MENPHIS	198	1,980
10	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	105	1,050
7	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	105	735
14	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	105	1,470
13	CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO	105	1,365
100	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	395	39,500
100	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	410	41,000
14	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	176	2,464
17	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	355	6,035
22	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	680	14,960
7	CORCHETERA BOSH	2,940	20,580
14	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	224	3,136
32	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	471	15,072
70	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	562	39,340
7	CUADERNO GRADUADO CON ESPIRAL 100 HJS. MATEMAT.	312	2,184
14	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	330	4,620
16	CUCHILLO CARTONERO	135	2,160
37	DESTACADOR BIC AMARILLO	198	7,326
2	FECHADOR 4MM.	450	900
100	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	19	1,900
7	INDICE ARCHIVADOR CARTA	587	4,109
7	INDICE ARCHIVADOR OFICIO	587	4,109
10	INDICE TELEFONICO RHEIN	990	9,900
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	6,920	6,920
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	9,600	9,600

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	325,877
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	325,877
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	61,917
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	387,794

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-12-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 21

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SEPARADOR CARTULINA 1/2 OFICIO INDICE ALFAB. B LANCO	249	498
10	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	160	1,600
5	TACO BLANCO 9X9 CM.	211	1,055
1	TACO CALENDARIO CHICO	657	657
170	TACO CALENDARIO GRANDE	776	131,920
10	TACO CALENDARIO GRANDE	776	7,760
1	TIJERAS ZIG-ZAG	1,000	1,000


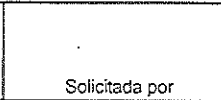
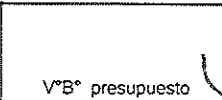

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

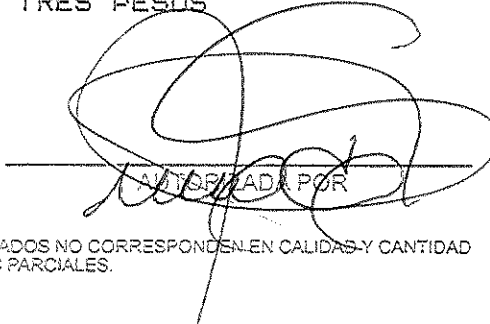
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	144,490
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	144,490
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	27,453
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	171,943

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES 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.

068758

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 21

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-12-2013 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	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT AZUL	236	472
4	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	236	944
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	1,900
28	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	1,232
37	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	2,664
44	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	4,312
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	1,960
16	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	1,568
16	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98	1,568
111	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	10,656
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	960
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	1,248
8	MARCADOR ROPA M10 VERDE	610	4,880
50	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,590	79,500
2	PAPEL ALTA CALIDAD EPSON 100 HOJAS	5,290	10,580
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590	63,600
4	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	450	1,800
39	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	460	17,940
2	PAQUETE SOBRE MEDIO OFICIO 50 UNID.	1,230	2,460
2	PAQUETE SOBRE OFICIO CAFE	1,861	3,722
7	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,690	11,830
2	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID.	475	950
5	PERFORADOR CHICO	707	3,535
14	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228	59,192
2	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UND. DURACELL	1,388	2,776
2	PINCHA PAPELES	369	738
2	PORTA CLIPS UNID.	239	478
2	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	1,981	3,962
6	PORTA SCOTCH UNID.	728	4,368
1	PORTA TACO CALENDARIO CHICO	939	939
39	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	5,772
63	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260	16,380
1	REGLA 30 CM CRISTAL	95	95
4	SACA CORCHETE PINZAS	174	696
20	SACA PUNTAS METALICO	96	1,920

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	327,597
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	327,597
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	62,243
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	389,840

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA 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.

068757

FECHA: 04-12-2013

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 04-12-2013 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 21

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	APRETAPAPEL CHICO x u	35	350
5	APRETAPAPEL GRANDE	62	310
5	APRETAPAPEL MEDIANO	37	185
11	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	1,094	12,034
19	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040	38,760
25	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,348	35,048
1	CAJA ALFILERES	161	161
1	CAJA ALFILERES CON CABEZAS DE COLOR	149	149
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	129	258
2	CAJA PARA CARPETA COLGANTE OFICIO 7 EUROBOX	1,555	3,110
5	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190	950
6	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189	1,134
5	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	132	660
2	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,700	9,400
21	CARPETA COLGANTE CON RIEL PLASTICO COLON	98	2,058
20	CARPETA COLGANTE PUNTAS PLASTICAS (PG. 25 UND.)	98	1,960
9	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	99	891
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294	2,940
1	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76	76
1	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76	76
57	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633	36,081
18	CLIPS GRANDE 80 MM.	421	7,578
5	DEDOS GOMA AZUL	47	235
4	DEDOS GOMA ROJO	47	188
13	DESTACADOR CELESTE	169	2,197
19	DESTACADOR NARANJO	169	3,211
25	DESTACADOR ROSADO	169	4,225
14	DESTACADOR VERDE	169	2,366
19	ELASTICO X KILO	1,939	36,841
5	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM AMARILLA	530	2,650
7	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM VERDE CLARO	530	3,710
2	FORMULARIO MEMORANDUM DUPLICADO	469	938
3	FORRO PLASTICO CUADERNO UNIVERSITARIO TRANSP.	49	147


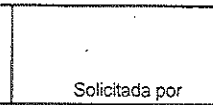
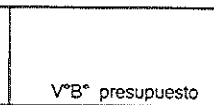

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	210,877
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	210,877
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	40,067
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	250,944

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO 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.

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 11

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-12-2013 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	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	180	1,800
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	180	1,800
2	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	1,990	3,980
51	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	198	10,098
10	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	587	5,870
12	SEPARADOR CARTULINA CARTA 6 POSIC. 3 COLORES ALO	99	1,188
12	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	99	1,188
10	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN JUEGO	895	8,950
4	STICK FIX 40 gr. UHU	530	2,120
13	TIJERAS GRANDE	320	4,160

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	41,154
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,154
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	7,819
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,973

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SETENTA 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

068755

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAO

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 04-12-2013 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	BORRADOR PARA PIZARRA MAGNETICA	258	2,580
5	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	258	1,290
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	898	2,694
1	ABRE CARTA	295	295
5	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE	898	4,490
12	ESPIRAL 23 MM.NEGRO 155 HJS. (25 U.) IBICO	1,690	20,280
12	ESPIRAL 29 MM.NEGRO 200 HJS. (25 U.) IBICO	2,650	31,800
50	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	19	950
5	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	6,920	34,600
8	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	9,600	76,800
25	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	185	4,625
5	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO	185	925
5	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	185	925
23	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,020	23,460
23	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,020	23,460
3	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE ROJO	1,020	3,060
5	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	502	2,510
5	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 NEGRO	502	2,510
5	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA NEGRO	65	325
2	LIBRO ASISTENCIA DE 100 HOJAS ORGAREX	1,190	2,380
1	LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS ORGAREX	1,350	1,350
10	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	990	9,900
10	LIBRO DE ACTAS 200 HOJAS ARON	1,681	16,810
1	MAGIC CLIPER DISPENSADOR 4 Y 6 MM. ADIX	600	600
10	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 361 15AZ	520	5,200
1	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	585	585
170	PAPEL CRAF PLIEGO	39	6,630
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,382	69,100
60	PAPEL MANTEQUILLA 80X100 40 GR.	68	4,080
186	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,382	257,052
18	PEGAMENTO LA GOTITA	656	11,808
20	PEGAMENTO UNIVERSAL 33 ML. UHU	478	9,560
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	180	1,800
110	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	180	19,800

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	654,234
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	654,234
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	124,304
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	778,538

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO 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 OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr.: LORENA LLANAD

De acuerdo a su cotización N° 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-12-2013 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
85	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	471	40,035
6	CORCHETERA TORRE B7	4,990	29,940
25	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	680	17,000
40	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	355	14,200
60	CD SONY REGRABABLE	347	20,820
10	DESTACADOR BIC AMARILLO	198	1,980
10	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	880	8,800
12	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	562	6,744
15	CUCHILLO CARTONERO	135	2,025
30	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	330	9,900
20	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLO	355	7,100
95	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	176	16,720
20	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	105	2,100
22	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	220	4,840
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	110	550
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO AMARILLO REPROGRAF	4,964	4,964
25	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	265	6,625
100	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	50	5,000
10	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 53/8 INDUSTRIAL NOVUS	2,658	26,580
10	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	148	1,480
3	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	450	1,350
8	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	148	1,184
10	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	105	1,050
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO	148	1,480
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	298	1,490
20	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,389	27,780
8	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	390	3,120
5	BATERIA VARTA 9 VOLTS	1,420	7,100
35	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	445	15,575
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	798	7,980




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 factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	295,512
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	295,512
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	56,147
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	351,659

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SGN : TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 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): 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 04-12-2013 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
26	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228	109,928
10	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	308	3,080
10	PINCEL GERMAN 101 N° 5	99	990
10	PINCEL GERMAN 101 N° 11	149	1,490
2	PITILLA CONO	477	954
10	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	201	2,010
10	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	198	1,980
100	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418	41,800
2	PORTA CLIPS UNID.	239	478
4	PORTA SCOTCH UNID.	728	2,912
6	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	888
5	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260	1,300
9	PUSH PINS X 100 UND.	369	3,321
10	REGLA 30 CM ALO	95	950
30	REGLA 30 CM CRISTAL	95	2,850
5	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250	21,250
2	SACA CORCHETE PINZAS	174	348
20	SACA PUNTAS METALICO	96	1,920
12	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	160	1,920
10	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234	2,340
81	STICK FIX 40 gr. PRITT	615	49,815
35	TACO CALENDARIO GRANDE	776	27,160
50	TACO CALENDARIO GRANDE	776	38,800
30	TEMPERA 12 COLORES ARTEL	584	17,520
78	TIJERAS PUNTA ROMA	173	13,494
1	TIJERAS ZIG-ZAG	1,000	1,000
5	TIRITAS PARA VISORES AMARILLO 250 UND. TORRE	283	1,415


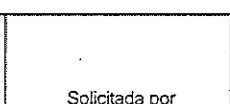
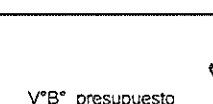

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

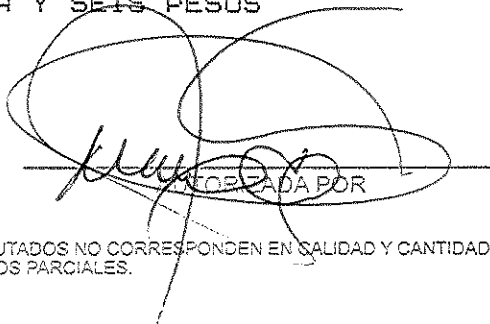
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	351,913
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	351,913
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	66,863
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	418,776

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR


ACEPTADA POR

OBSERVACIONES:

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

068752

FECHA: 04-12-2013

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° 21 de Fecha 04-12-2013 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
42	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	798
70	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	3,080
55	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	3,960
2	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	70	140
80	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	7,840
170	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	16,660
100	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	9,800
112	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	10,752
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	1,152
5	LAPIZ FIBRA 0.4 ARTLINE 200 AZUL	459	2,295
7	LIBRO DE SALIDA (IMPRESIONES LORENA) 100 HJS	1,200	8,400
1	MAGIC CLIPER DISPENSADOR SELLOFFICE	364	364
4	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	6,990	27,960
80	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43	3,440
20	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	85	1,700
10	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	85	850
10	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	85	850
20	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	85	1,700
10	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	85	850
10	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	85	850
30	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,590	47,700
2	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR CELESTE 500 HOJAS	4,890	9,780
2	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR NARANJO 500 HOJAS	4,890	9,780
2	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR ROJO INTENSO 500 HOJAS	4,890	9,780
2	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR ROSADO 500 HOJAS	4,890	9,780
170	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590	270,300
50	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL.BASICOS) ALO	453	22,650
1	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	450	450
12	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	460	5,520
200	PAQUETE SOBRE OFICIO CAFE	1,861	372,200

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	861,381
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	861,381
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	163,662
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,025,043

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON VEINTICINCO MIL 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.

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 04-12-2013 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	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	72	288
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORD PROARTE	265	2,650
2	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,977	11,954
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA VERDE REPROGRAF	4,398	4,398
5	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	612	3,060
120	CARPETA CARTULINA AZUL	56	6,720
5	CAJA BROCHES METALICOS	352	1,760
10	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	980	9,800
35	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	12,670
20	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	749	14,980
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	170	1,700
5	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,348	6,740
20	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436	8,720
38	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	18,468
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490	4,900
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	244	2,440
20	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	589	11,780
20	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	563	11,260
10	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040	20,400
20	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILLO	1,323	26,460
22	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,323	29,106
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323	3,969
20	APRETAPAPEL MEDIANO	37	740
5	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	1,094	5,470
8	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS	3,800	30,400
5	DESTACADOR CELESTE	169	845
5	DESTACADOR NARANJO	169	845
5	DESTACADOR VERDE	169	845
1	ELASTICO X KILO	1,939	1,939
1	FOLIADOR 6 CIFRAS 4,5 MM. (Ø - 12 REPET.)	6,424	6,424
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILO T	2,079	20,790
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA ROJO PILO T	2,079	20,790

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

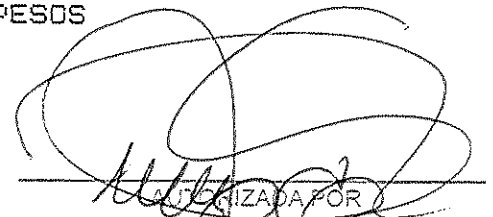
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	303,311
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	303,311
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	57,629
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	360,940
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TRESCIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS 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° 21

de Fecha 04-12-2013 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	COLA FRIA BOQUILLA DISP.250 GR. T.AZUL PEGAFIX	492	5,412
8	COLA FRIA X KILO	1,980	15,840
5	CINTA PARA ENMASCARAR 3M 18X55 MTS.	272	1,360
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76	1,140
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76	760
83	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633	52,539
10	CD IMATION	182	1,820
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76	1,140
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76	1,140
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	76	760
12	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	256	3,072
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76	760
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	265	2,650
20	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	265	5,300
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76	760
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76	1,140
15	CUADERNILLO MATEMATICAS	51	765
35	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76	2,660
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	265	2,650
25	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862	21,550
15	DESTACADOR AMARILLO	169	2,535
10	DEDOS GOMA AZUL	47	470
25	COLA FRIA BOQUILLA DISP.120 GR. T.AZUL PEGAFIX	220	5,500
20	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	99	1,980
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	265	2,650
32	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294	9,408
20	CARPETA COLGANTE CON RIEL PLASTICO COLON	98	1,960
20	CARTON FORRADO 77X110 CM. 340 GR.	200	4,000
2	CAJA ALFILERES CON CABEZAS DE COLOR	149	298
2	CAJA ALFILERES	161	322

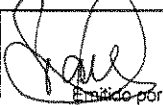

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	153,861
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	153,861
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	29,234
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	183,095

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y TRES MIL 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.



ORDEN DE COMPRA

5-X¹¹

068749

FECHA: 04-12-2013

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

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-12-2013 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	CINTA ADHESIVAS 3M 12/60	299	1,495
2	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	69	138
30	ESCARCHA DIFERENTES COLORES	130	3,900
2	PAPEL IMAGEN (PARA DIPLOMAS) COLOR PASTEL X 25 HOJAS	3,060	6,120
20	PAPEL VINIL 64X50 CM PLATA	370	7,400
30	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	60	1,800
3	TALONARIO VALES POR	199	597

LA FACTURA DEBE 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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 21,450
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 21,450
IVA 4,076
TOTAL FACTURA 25,526

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICINCO MIL QUINIENTOS VEINTISEIS PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

068748

FECHA: 04-12-2013

Señor(es): DISTRIBUIDORA OFIMARKET S. A. 968296809

Dirección: AV. AMERICO VESPUCIO 1580

Teléfono: 5400838

At.: Sr. LORENA LLANAO

De acuerdo a su cotización N° 11

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-12-2013 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	35,920
10	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	298	2,980
20	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	395	7,900
20	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	410	8,200
20	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	99	1,980
500	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	19	9,500
20	SEPARADOR CARTULINA CARTA 6 POSIC. 3 COLORES ALO	99	1,980
40	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,382	55,280
40	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	587	23,480



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

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

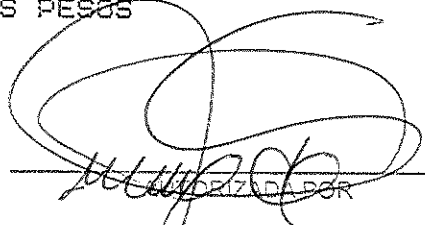
CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	147,220
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	147,220
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	27,972
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	175,192

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS 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): **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 **04-12-2013** sírvase despachar

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

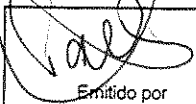
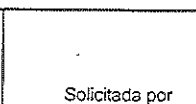
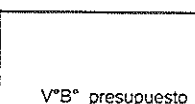

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,323.00	13,230
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323.00	13,230
48	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,323.00	63,504
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,323.00	13,230
8	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	2,890.00	23,120
500	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19.00	9,500
4	TIJERAS 8.0 20.32 CM. MUNDIAL 437-8	6,700.00	26,800
10	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,590.00	15,900

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

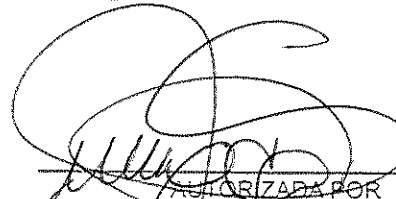
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	178,514
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	178,514
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	33,918
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	212,432

SON : DOSCIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS 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): LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CIANCOBALAMINA 0.1 MG CAJA X 100	5,500.00	22,000
4	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG CAJA X 100	6,800.00	27,200
4	TIAMINA CLORHIDRATO 30 MG CAJA X 100	5,800.00	23,200

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	VALOR NETO	72,400
DESTINO	: CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	72,400
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	13,756
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	86,156

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SDN : OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA 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.



ORDEN DE COMPRA

068745

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
5	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	175,000
5	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	200,000

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	435,000
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	435,000
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	435,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO 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

068744

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	30,000
1	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	35,000
13	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	520,000

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=0	VALOR NETO	585,000
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	585,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	585,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:


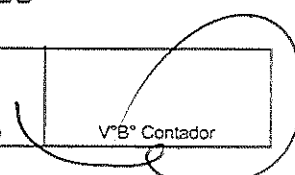
At: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	240,000


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - 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	240,000
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	240,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS		

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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


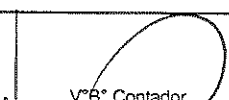
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	240,000

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


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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	240,000
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	240,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

De 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.


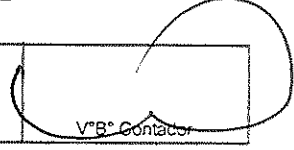
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	240,000

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

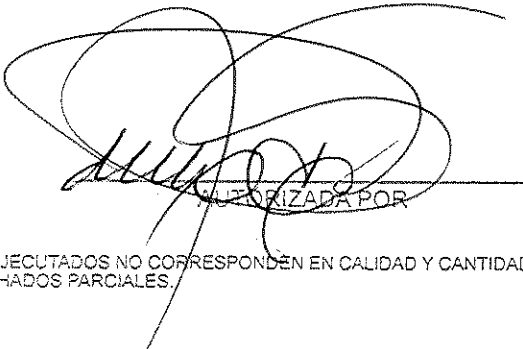
~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	240,000
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	240,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS

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

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

068740

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, 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	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	240,000

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

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

CUENTA DESTINO : 425124 GASTOS TERMINO DE 0=0	VALOR NETO	240,000
MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	240,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOSCIENTOS CUARENTA MIL 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.



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

ORDEN DE COMPRA

068739

03-12-2013

FECHA:

WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Señor(es): PANAMERICANA NORTE 8301

Dirección: Teléfono:

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

At.: Sr.: 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	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	35,000
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O
 DESTINO : MINICONSULTORIO CHESTERTON
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CHESTERTON 7095
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 75,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 75,000
 IVA 0
 TOTAL FACTURA 75,000

SON : SETENTA Y CINCO MIL PESOS

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

PROVEEDOR

APROBADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:


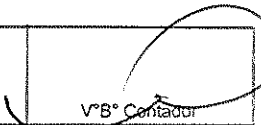
At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	440,000

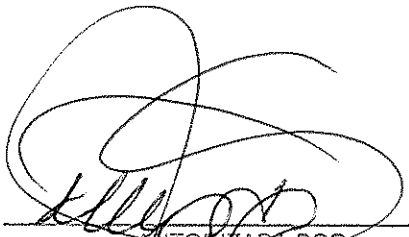
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	440,000
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR ¹	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	440,000
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	440,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS		

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

PROVEEDOR


 FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

068737

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
14	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	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 - 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	560,000
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	560,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA	560,000

SON : QUINIENTOS SESENTA 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

068736

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

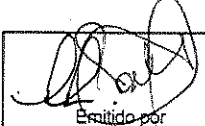

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	180,000
9	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	315,000
23	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	920,000

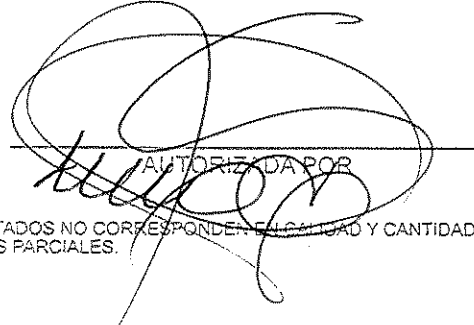
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	1,415,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,415,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,415,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SDN : UN MILLON CUATROCIENTOS QUINCE 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 A LA CANTIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

068735

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	105,000
11	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	440,000

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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=D	VALOR NETO	545,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	545,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	545,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO 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 RESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

De 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	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	175,000
8	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	320,000

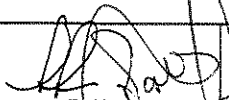
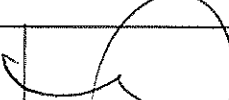
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A _T	VALOR NETO	495,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	495,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	495,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

	
Emitido por	V"B" Contador
Solicitada por	V"B" presupuesto

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De 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	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
11	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	385,000
98	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	3,920,000



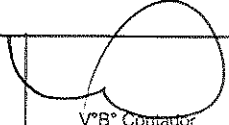
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

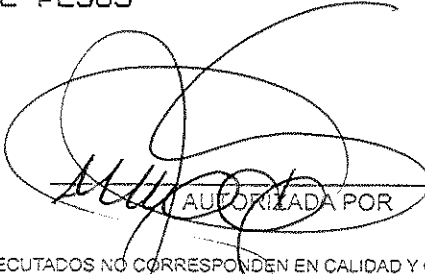
CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=D	VALOR NETO	4,365,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,365,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,365,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At: Sr.:

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

De 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	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
3	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	105,000
109	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	4,350,000


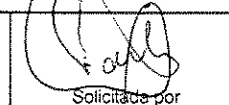
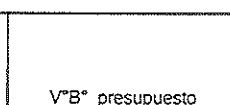

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	4,525,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,525,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,525,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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



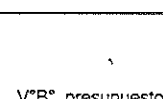
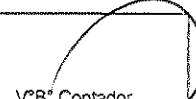
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000
15	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	2,250,000

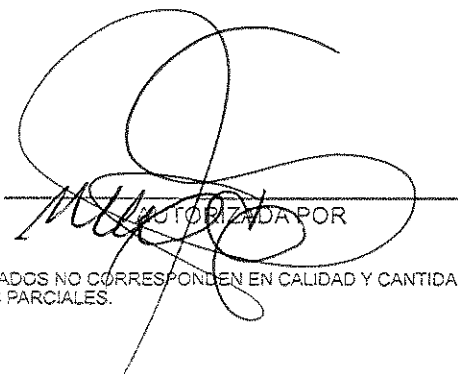
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE AFD	VALOR NETO	2,290,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,290,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,290,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

De 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	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	245,000
53	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	2,120,000


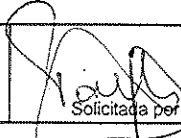

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

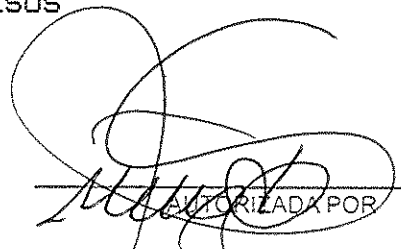
CUENTA	: 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	2,365,000
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,365,000
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,365,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

De 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	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	105,000
70	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	2,800,000


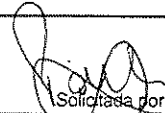

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	2,905,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,905,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,905,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL PESOS

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

PROVEEDOR


COTIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

De 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	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	120,000
5	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	175,000
50	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	2,000,000



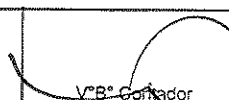
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	2,295,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,295,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,295,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

		
Emitido por	Solicitada por	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

068727

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	160,000

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=0	VALOR NETO	160,000
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	160,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	160,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SESENTA MIL PESOS

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

PROVEEDOR

AL PORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De 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
93	TARJETAS \$ 40.000.	40,000.00	3,720,000

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.-

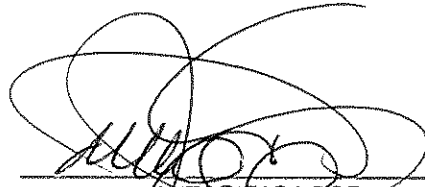
CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	3,720,000
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,720,000
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,720,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES SETECIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

068725

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
5	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	175,000
79	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	3,160,000

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 A=0	VALOR NETO	3,395,000
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,395,000
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,395,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

068724

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
1	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	35,000
39	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	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 - 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	1,655,000
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,655,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,655,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS

Emitido por	Solicitado por	V*B* presupuesto	V*B* Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De 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	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	60,000
5	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	175,000
79	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	3,160,000


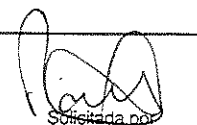
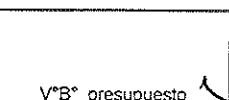

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

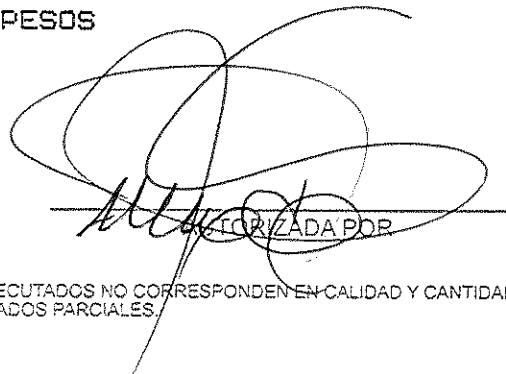
CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	3,395,000
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,395,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,395,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De 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	TARJETAS \$ 30.000	30,000.00	30,000
8	TARJETAS \$ 35.000	35,000.00	280,000
51	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	2,040,000




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

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	2,350,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,350,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,350,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES TRESCIENTOS 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): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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


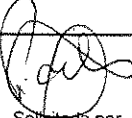
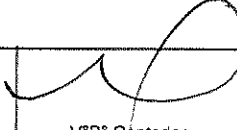
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	750,000

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 : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0	VALOR NETO	750,000
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	750,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	750,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SETECIENTOS CINCUENTA MIL 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.



ORDEN DE COMPRA

068720

03-12-2013

FECHA:

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
17	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	2,550,000

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=0	VALOR NETO	2,550,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,550,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,550,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES QUINIENTOS 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): 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 Y USUARIOS C. APOQUINDO	3,850,000.00	3,850,000

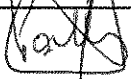

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 425109 PASAJES Y FLETES ESTABLECIMIENTO	VALOR NETO	3,850,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,850,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	0
FORMA DE PAGO : INMEDIATA	TOTAL FACTURA	3,850,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

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

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: JOS F 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 CONSULTORIO	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039



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

CUENTA : 425134 TRASLADO COMUNA GESTION
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : INMEDIATA


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: