

Señor(es): MARCELA ANDREA RIVEROS GONZALEZ 130906567

FECHA: 31-01-2014

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono: 5542526

At.: Sr.: MARCELA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha

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. sírvese despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
350	LIBRO CON LAS CONDES APRENDO A LEER 1- BASICO 192 PAGS 4/0 COLOR MAS TAPA COUCHE 350 GRS MAS TAPA MICA Y ANILLADO TAMANO CARTA	17,500.00	6,125,000
337	LIBRO CON LAS CONDES COMPRENDO LENGUAJE 4-BASICO 106 PAG 4/0 COLOR IDEM ANTERIOR	15,500.00	5,223,500
355	LIBRO AUTOCUIDADO TAMANO 21.5 X 29.5 ) 5- BASICO 192 PAGS 4/0 COLOR TAPA IDEM ANTERIOR	17,500.00	6,212,500
335	LIBRO AUTOCUIDADO TAMANO 21.5 X 29.5) 4- BASIC 190 PAGS IDEN ANTERIOR	18,000.00	6,030,000
310	LIBRO AUTOCUIDADO TAMANO 21.5 X 29.5) 3- BASIC 191 PAGS 4/0 COLOR 350 GRS MICA Y ANILLADO	18,500.00	5,735,000

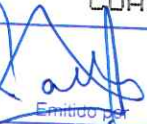


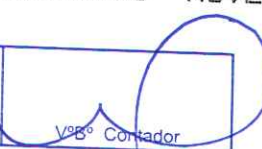
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039


No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 424221 GASTOS FONDO SEP  
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION  
 PLAZO ENTREGA : 3 MARZO 2014  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 Y 60 DIAS

VALOR NETO 29,326,000  
 DESCUENTO 0.0  
 SUB-TOTAL 29,326,000  
 IVA 5,571,940  
 TOTAL FACTURA 34,897,940

PERSONA : TREINTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS -

 Emisor  
 Solicitada por  
 VºBº presupuesto  
 VºBº Contador

 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD 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° de Fecha sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	FRESA ALTA/VELOCIDAD BARRIL	1,380.0	4,140
2	FRESA ALTA/VEL. PIEDRA MONTADA INTER PROXIMAL	1,380.0	2,760
2	FRESA ALTA/VELOCIDAD LLAMA DIAMANTE 024	3,120.0	6,240
2	FRESA BAJA/VELOCIDAD TORPEDO FINA LARGA 012	1,380.0	2,760

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	15,900
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	15,900
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	3,021
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,921
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS		

	Memo 22	
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 USTÉDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 28-01-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARTRIDGE HP C9351AL (21) NEGRO P/F4180	8,565.0	17,130
2	CARTRIDGE HP C9352AL (22) COLOR P/F2180	9,610.0	19,220

**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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	36,350
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 36,350
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 6,907
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 43,257

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

	M. 53		
Exigido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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

069350

FECHA: 28-01-2014

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

Dirección: TENIENTE BISON 502

Teléfono: 7776685

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SUMINISTRO E INSTALACION DE EQUIPO SPLIT DE 9.000 BTU, MARCA WESTPOINT Y OTRO SPLIT DE 12.000 BTU, MARCA WESTPOINT (VALOR UF: 23.422,31 AL DIA 28-01-2014)	689,553.00	689,553

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	689,553
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	689,553
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	131,015
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	820,568

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

	M. 069		
Entidad por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): SOCIEDAD CILA LTDA. 832176001

Dirección: SALVADOR DONOSO 128

Teléfono: 7777262

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	UNIDAD DENTAL RUNYES LUXDRY	3,100,840.00	3,100,840
1	TABURETE PARA AUXILIAR	138,656.00	138,656

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	3,239,496
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,239,496
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	615,504
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,855,000

SON : TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS

	M. 24		
Entregado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069348

FECHA: 28-01-2014

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
100	BLOCK 50/2 ANEXO 3, IMPRESO EN PAPEL AUTOCOPIATIVO	5,800.00	580,000
100	BLOCK 50/2 ATENCION INMEDIATA, IMPRESO EN PAPEL AUTOCOPIATIVO	3,850.00	385,000
1,000	TARJETA DATO APERTURA NODRIZA, IMPRESO AMBOS LADOS DIFERENTES.	145.00	145,000
1,000	TRAJETA DISTRIBUCION DE ALIMENTO AL ADULTO MAYOR, IMPRESO AMBOS LADOS DIFERENTES.	145.00	145,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	1,255,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,255,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	238,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,493,450

MONTO : UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA - PESOS

	M. 66		
Entregado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 28-01-2014

Señor(es): GLORIA L. DEL P. GUZMAN B. DISTR. DENTAL E.I.R.L 760311847

Dirección: PROVIDENCIA 2994 LOC. 111

Teléfono: 2323114

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



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VISTA-TEC KIT # 1962/T 1 MARCO+5 LAMINAS	31,092.0	124,368

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	124,368
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	124,368
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	23,630
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	147,998
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS		

 Entregado por	M.322 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-------------------------	------------------	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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

069346

FECHA: 28-01-2014



Señor(es): HOTELERA RUGENDAS LTDA. 786088208

Dirección: CALLAO 3123

Teléfono: 2466570

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ARRIENDO DE SALON DIRECTORIO 1/2 DIA	85,000.00	85,000
1	TELON	17,700.00	17,700
1	PIZARRON ACRILICO	15,900.00	15,900
8	ESTACION DE CAFE AM	2,500.00	20,000
8	COFFEE BRAK N2 AM	4,600.00	36,800
8	ALMUERZO BUSSINES LUNCH	8,824.00	70,592

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	245,992
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	245,992
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	46,738
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	292,730

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS

	MEMO # 06	
Entregado por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 28-01-2014

Señor(es): TECNIGEN S.A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

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





CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	STA COAG CONTROL N+P, 12 x 2 x 1 ML.	156,420.0	156,420
2	MAY GRUENWALD EN SOLN. P/MICROSC. MERCK 1L	17,425.0	34,850

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	191,270
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	191,270
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	36,341
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	227,611

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS ONCE PESOS

 Emitido por	 Solic. 002 Solicitada por	 V°B° presupuesta	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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	ALCOHOL DESNAT. 70 GRADOS, FRASCO x 1 LT. CJ/12	12,780.0	12,780
20	GUANTE DE PROCED. VINILO, NO ESTERIL "M" CJ/100	1,400.0	28,000
2	MARIPOSA O SCALP VEIN 23g x 3/4 CJ/100	4,000.0	8,000
30	PARCHE CURITAS CJ/100	700.0	21,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	69,780
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	69,780
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,258
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,038
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y TRES MIL 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.

FECHA: 28-01-2014

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TUBO ENSAYO VIDRIO, 12 x 75 MM. x 250 UN. (TUBO KHAN)	8,900.0	17,800
5	GRADILLA BIOSEGURIDAD IMPROSAFE 100 TUBOS 13 x 75 MM. AMARILLA	29,500.0	147,500

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	165,300
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	165,300
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	31,407
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	196,707
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTO : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SIETE PESOS			

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 28-01-2014

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	CONT. MUESTRAS (PP) 120 ML., ESTERIL R, T/ROS-R, INDI x 250 UN.	34,000.0	272,000




**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	272,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	272,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	51,680
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	323,680

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTITRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ANTI-COLI I (026, 044, 0114, 0125, 0142, 0158) 1 ML	25,500.0	25,500
1	ANTI-COLI II (055, 086, 091, 0111, 0119, 0126, 0127, 0128) 1 ML	25,500.0	25,500
1	ANTI-COLI III (025, 078, 0103, 0118, 0124, 0145, 0157, 0164) 1 ML.	25,500.0	25,500
1	TUBO ENSAYO VIDRIO , 12 x 100 MM. (100 UN.)	5,700.0	5,700
1	CONT. MUESTRAS (PS) 30 ML. NO ESTERIL, T/ROS, C/CUCH x 400 UN.	34,200.0	34,200
1	ETILO ACETATO ACS x 1 L.	8,400.0	8,400
1	CANASTILLO ACERO INOXIDABLE 17 x 17 x 15 CM.	23,616.0	23,616
10	CAPILARES HEMATOC. SIN HEPARINA 75 MM. x 100 UN	1,400.0	14,000
40	CUBREOBJETOS 22 x 22 MM x 100 UN.	1,700.0	68,000
10	TUBO VHS-ESR MONOSED A 1, 28 ML. (NA-CIT) x 100 UN	21,500.0	215,000
1	ESR-CHEX (VHS CONTROL) NIVEL 1 & 2 (2 x 9 ML)	49,800.0	49,800
1	PLASMA CONTROL NIVEL 1, COAGULACION 10 x 1 ML	41,800.0	41,800
1	PLASMA CONTROL NIVEL 2, COAGULACION 10 x 1 ML	41,800.0	41,800

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	578,816
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	578,816
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	109,975
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	688,791

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO 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.

FECHA: 28-01-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	AGUJA MULTIPLE 21G x 1 1/2" (COLOR VERDE) TC-4 50076-6M CAJA x 100	45.0	90,000
3,000	TUBO TAPA VERDE 4 ML. HEPARINA DE LITIO Y GEL SEPARADOR TAMANO 13 x 75mm TC- 454008	77.0	231,000
100	ADAPTADOR LUER	95.0	9,500
30	CAJA PARA DESECHOS GRANDE (SAFE BOX)	580.0	17,400
10	MARCARILLA TRES PLIEGUES C/ELASTICO CJ/50 UN.	1,200.0	12,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : SAPU DENTAL CONS.DR.A.ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA :  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 359,900  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 359,900  
 IVA 68,381  
 TOTAL FACTURA 428,281

MONTO : CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

Emitido por: [Signature]  
 Solicitada por: [Signature]  
 VºBº presupuesto: [Signature]  
 VºBº Contador: [Signature]

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR [Signature]

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): 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
2,000	HEMOGARD PLUS LILA 3 ML. (100)	56.0	112,000
200	HEMOGARD PL AMARILLO SST II 3.5 ML. GEL 367957	77.0	15,400
500	HEMOGARD PL GRIS 4 ML. OX FLUO. 367922 (100)	65.0	32,500

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	159,900
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	159,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	30,381
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	190,281

SON : CIENTO NOVENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **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
4	LEPONEX 100 MG. x 30 COMPRIMIDOS	31,395.0	125,580

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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


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

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	<i>Melino 9</i> Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	-----------------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR





ORDEN DE COMPRA

069337

FECHA: 28-01-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA VIAL EXPRESS LIMITADA 761949268

Dirección: AV. SEMINARIO 1469

Teléfono:

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
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
10	CONO SENALIZACION 90 CM. 2 CINTAS G. I. BASE NO RMAL	18,300.0	183,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 425127 GASTOS VARIOS	VALOR NETO	183,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	183,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,770
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	217,770

MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTANTO : DOSCIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS

	M. 054		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): DMED S. A. 995639807

Dirección: LOS LEONES 2376

Teléfono: 2409010

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	REVELADOR AUTOMATICO G 138 I 20 LTS.	26,600.0	106,400





**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	106,400
ESTINO : CENTRO IMAGENOLOGICA	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	106,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	20,216
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	126,616

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : CIENTO VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS

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



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

069334

FECHA: 28-01-2014

Señor(es): LAB-SOLUTIONS LTDA. 760938815

Dirección: AV. IRARRAZABAL 2821 OF/513

Teléfono: 2690725

At.: Sr.: VICTOR SANTANDER

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PLACA PETRI DESECHABLE ESTERIL 90 x 15 mm. 500 UN	38,000.0	38,000
4	TUBO KHAN PS 12 x 75 mm. 500 UN. RUNLAB	6,500.0	26,000
2	PUNTAS AMARILLAS 200ul, SIN CORONA ESTERIL, GR ADUADA, BISELADA, BOLSA x 1000 UN.	5,800.0	11,600

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	75,600
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	75,600
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	14,364
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	89,964
	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO	: OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS		

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TIRAS REACTIVAS GLICEMIA PARA TD 4251 FCO/50 U N.	9,000.0	45,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

MONTO : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	 Solic. 002 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GLUCOSA BEBIBLE P/TTGO FCO/290 ML. NARANJA, CAJA x 24 FRASCOS	14,880.0	148,800

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	148,800
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	148,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,272
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	177,072
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA : CIENTO SETENTA Y SIETE MIL SETENTA Y DOS PESOS		

 Emitido por	<i>Solic.</i> 002 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--	------------------	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTIA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

sírvase despachar

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	LIGADURAS RI. CLIP	8,255.0	41,275

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 LAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO DIECISIETE PESOS

VALOR NETO 41,275  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 41,275  
 IVA 7,842  
 TOTAL FACTURA 49,117

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

  
AUTORIZADA POR

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

Señor(es): PV EQUIP S.A. 798956701

FECHA: 28-01-2014

Dirección: LOS CAPITANES 1388

Teléfono: 2744786

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SULFA/TRIMETOPRIM (SXT) 25 ug, 250 DISCOS	8,500.00	8,500
1	AMOX/AC. CLAVULANICO (AMC) 30 ug, 250 DISCOS	8,500.00	8,500
1	NITROFURANTOINA (F) 300 ug, 250 DISCOS	8,500.00	8,500
1	BACITRACINA 4 ug, 50 DISCOS	6,500.00	6,500
1	TORULA C/MEDIO CARY BLAIR, 50 UN.	12,500.00	12,500
1	TORULA AMIES S/CARBON, 50 UN.	10,500.00	10,500

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS

VALOR NETO 55,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 55,000  
 IVA 10,450  
 TOTAL FACTURA 65,450

 Emitido por	Solic- 002 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 28-01-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

o ejecutar, 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	CINTA IMPRESORA OKIDATA 52102001 320/321	3,755.00	22,530
6	CINTA IMPRESORA OKIDATA 42377801 ML420/ML421	9,653.00	57,918

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	80,448
DESTINO	: CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	80,448
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	15,285
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	95,733

MONTO : NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

 Emitido por	7.20 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	------------------------	------------------	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



FECHA: 28-01-2014

Señor(es): MEDICA - TEC DE CHILE S.A. 968517201

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar




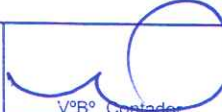
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CHROMAGAR ORIENTACION 1 x 5000 ML.	68,000.00	68,000
1	IVATEC ROTA STRIP ROTA VIRUS x 20 DET.	28,000.00	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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	96,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	96,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,240
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	114,240
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO CATORCE MIL DOSCIENTOS 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 27-01-2014

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

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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



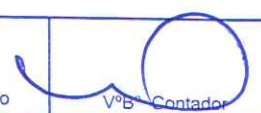
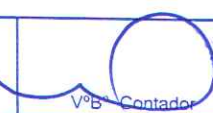
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SUERO ANTI A, FRASCO 10 ML.	3,700.00	7,400
2	SUERO ANTI B, FRASCO 10 ML.	3,700.00	7,400
2	SUERO ANTI AB MONOCIONAL, FRASCO 10 ML.	3,700.00	7,400

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS

VALOR NETO 22,200  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 22,200  
 IVA 4,218  
 TOTAL FACTURA 26,418

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

sírvase despachar


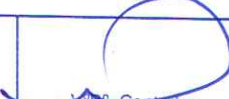
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	SOBRE DE 20 x 28 CM. CON LOGO	417.00	834,000
500	SOBRE DE 30 x 35 CM. CON LOGO	1,176.00	588,000
500	SOBRE DE 38 x 48 CM. CON LOGO	1,556.00	778,000
4,000	HOJAS TAMANO CARTA CON LOGO	95.00	380,000
4	FORMULARIO CONTINUO FONASA (CAJA)	41,000.00	164,000


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	2,744,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,744,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	521,360
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,265,360
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS		

	7m.19		
Entregado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Dirección: TENIENTE BISON 502

Teléfono: 7776685

At: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	EQUIPO SPLIT (R-22) 9.000 BTU, MARCA WESTPOINT PARA OFICINA DE RRHH., VALOR UF: 23.417,27 DIA 27-01-2014	267,437.00	267,437

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	267,437
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	267,437
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	50,813
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	318,250

MONTO : TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS

		
Empledo por	Solicitada por	VºBº Contador

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069323

27-01-2014

FECHA:

Señor(es): IMPORTADORA DE EQUIPOS MEDICOS LTDA. 786158508

Dirección: UNION LATINO AMERICANA 521

6896359

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MONTURA DE PRUEBA TFO 42180 OCULUS	247,775.00	247,775

**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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO : 247,775
DESTINO : MINICONSULTORIO CHESTERTON	DESCUENTO 0.0 : 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL : 247,775
LUGAR ENTREGA : CHESTERTON 7095	IVA : 47,077
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA : 294,852
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	
MONTON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS	

	2m.53		
Emisor	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA:

Señor(es): PROMEDAR LTDA 796530200

Dirección: ANTONIO BELLET 310

2351032

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

servase despachar

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

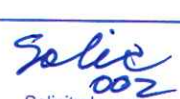
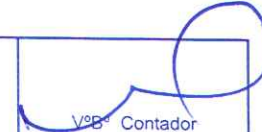
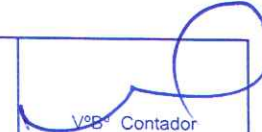
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SANGRE OCULTA CASSETTE 25 TEST (FOB)	29,250.00	58,500

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS

VALOR NETO 58,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 58,500  
 IVA 11,115  
 TOTAL FACTURA 69,615

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
--	---	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 27-01-2014

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF.603

Teléfono: 6342093

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CHOCO. POLY. VCAT3 x 10 PL (THAYER MARTIN) CODIGO: 35116	5,991.00	11,982
12	AGAR COLUMBIA+5% SC 10 PLACAS, CODIGO: 35094	5,991.00	71,892
1	ARTHRI-SLIDEX CAJA DE 100 DET. CODIGO: 72013	62,010.00	62,010

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : CIENTO SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DOS PESOS

VALOR NETO 145,884  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 145,884  
 IVA 27,718  
 TOTAL FACTURA 173,602

 Emitido por	 Solic. 002 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): VALTEK S.A. 795688501

Dirección: AVDA. MARATON 1943

Teléfono: 6541199

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

/o ejecutar, 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	CEFOTAXIMA/AC. CLAV. (CTI) 30/10 mcg, FRASCO 5	6,752.00	13,504
2	AGAR TELURITO DE K 10 UN. 5 CMS. KIT	4,198.00	8,396
1	MEDIO MIO, TUBO 12 x 120, 30 UN. KIT	8,395.00	8,395

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	30,295
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	30,295
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	5,756
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,051

MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TREINTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



Señor(es): TECNOIMAGEN S.A. 968430106

Dirección: LAUTARO 754

At.: Sr.: MAURICIO LUCERO

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MAMOGRAFO DIGITAL HOLOGIC SELENIA	101,275,774	101,275,774
1	EQUIPO RAYOS X TOSHIBA CON FLAT PANEL FUJI	104,305,604	104,305,604
CORRESPONDE AL PAGO POR ANTICIPO DE EQUIPOS INDICADOS, VALOR TIPO CAMBIO \$550,53 27/01/2014 CONTRA FACTURA Y BOLETA DE GARANTIA A NOMBRE DE CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. EL PAGO DEL 50% RESTANTE SE HARA CON TIPO DE CAMBIO A \$567.- CONTRA RECEPCION CONFORME DE LOS EQUIPOS. EL PAGO DE ESTE SALDO SERA EL ULTIMO DEL MES DE LA ENTREGA.			

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	205,581,378
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	
PLAZO ENTREGA : 110 DIAS CORRIDOS A/C F.EMISION	SUB-TOTAL	205,581,378
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	39,060,462
FORMA DE PAGO : 50 %ANTICIPO C/FACT.Y BOLETA GTIA. VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA	244,641,840
MONTANTO : DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL - OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS		

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

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): MARCELA ANDREA RIVEROS GONZALEZ 130906567

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono: 5542526

At.: Sr.: MARCELA

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	HOJA PAPEL CAMBRIC CARTA CON CUNO SECO	232.00	464,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	464,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	464,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	88,160
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	552,160

MONEDA : QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA 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  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

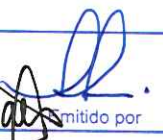
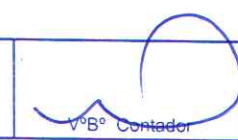
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PELTOTAS TACA TACA	168.00	672
1	BOMBIN DE MANO	1,672.00	1,672
3	PELOTAS DE TENIS DE MESA	831.00	2,493
10	AROS DE GIMNASIA RITMICA MEDIANOS	1,000.00	10,000
3	BALONES DE BASQUETBALL	5,033.00	15,099
8	VALLAS ALTURA REGULABLE	15,882.00	127,056
4	BALON DE GOMA ESTRELLADO GIMNASIA	2,260.00	9,040
5	BALON DE VOLEYBALL	9,159.00	45,795

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

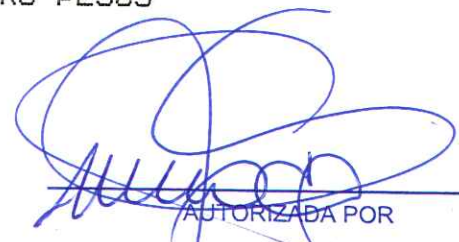
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	211,827
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	211,827
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	40,247
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	252,074
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SETENTA Y CUATRO PESOS

 emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	------------------	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 27-01-2014

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CONOS LENTEJAS	416.00	8,320
3	BALONES DE ESPONJA TIPO VOLEYBALL	2,428.00	7,284
2	BALA DE LANZAMIENTO INICIACION 600 GRS	5,130.00	10,260

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

AGENCIA : 431109 IMPLM.DEPORTIVOS  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TREINTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 25,864  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 25,864  
 IVA 4,914  
 TOTAL FACTURA 30,778

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIO</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--	------------------	--

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

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



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SET DE REDES CON SOPORTE UNIVERSAL	1,924.00	9,620
25	CONOS DE ENTRENAMIENTO DE 9"	747.00	18,675
2	BARRA OLIMPICA CROMADA 66"	12,521.00	25,042
2	JUEGO DE PETOS DEPORTIVOS TELA PANAL 12 UN	12,000.00	24,000
4	DISCOS DE 15 LIBRAS	5,042.00	20,168
1	COMPRESOR DE AIRE ELECTRICO	57,899.00	57,899
5	BALONES DE VOLEYBALL MOLTEN ULTRA TOUCH 4500	25,126.00	125,630
2	MESA DE PINGO PONG	105,798.00	211,596
20	BALONES DE VOLEYBALL MOLTEN SOFT TOUCH 3500	14,697.00	293,940

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	786,570
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	786,570
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	149,448
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	936,018
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DIECIOCHO PESOS		

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 27-01-2014

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SET DE CONOS LENTEJA PACK 50 UN	8,235.00	8,235
2	ESCALERA DE AGILIDAD 8 PELDANOS	8,235.00	16,470
4	DISCOS 5 KG	4,622.00	18,488
10	PELOTAS DE TENIS SUFIX 3 UN	1,345.00	13,450
10	PAR DE PALETAS DE TENIS DE MESA SENSEI GOMA LI SA MANGO CLASICO	1,420.00	14,200
10	PAR DE PELOTAS DE PLAYA	3,277.00	32,770
2	JUEGO DE PETOS DEPORTIVOS VARDN TASLAM DRB 12 UN	11,597.00	23,194
10	BALON DE VOLEYBALL DE ESPONJA	2,429.00	24,290
25	CINTAS DE GIMNASIA CON ESTILETE DE FIBRA	2,522.00	63,050
15	BALONES DE FUTSAL TRAIN TANGO	9,664.00	144,960

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	359,107
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	359,107
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	68,230
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	427,337

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGHS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--	------------------	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	JUEGO DE 12 PETOS COLOR NEGRO	12,000.00	12,000
1	JUEGO DE 12 PETOS COLORAZUL	12,000.00	12,000
1	JUEGO DE 12 PETOS COLOR BLANCO	12,000.00	12,000
1	JUEGO DE 12 PETOS COLOR MARRON	12,000.00	12,000
1	JUEGO DE 12 PETOS COLOR AMARILLO	12,000.00	12,000
1	JUEGO DE 12 PETOS COLOR ROJO	12,000.00	12,000
6	BALANZA DE PRECISION	11,680.00	70,080
1	MARCADOR DE PUNTUACIONDE VOLEIBALL AKIRA	13,361.00	13,361
3	HUINCHA DE MEDICION DE LONGITUD 30 MTS	6,714.00	20,142
3	ALTIMETROS (ESTATURA NINOS)	58,739.00	176,217
10	SILBATOS	831.00	8,310
20	TESTIMONIOS DE ATLETISMO	1,924.00	38,480
3	ESTADIMETROS PARA MEDIR ESTATURA	58,739.00	176,217
2	PUNCH DE BOXEO	15,042.00	30,084
3	BALANZA DIGITAL PARA MEDIR PESO	11,680.00	35,040
20	PELOTITAS DE LANZAMIENTO (ATLETISMO)	2,512.00	50,240
50	PELOTITAS DE MALABARISMO	1,420.00	71,000
40	MINI VALLAS DE PLASTICO	2,512.00	100,480
6	UNIGOL (BASKETBALL)	58,739.00	352,434
30	PELOTITAS DE LANZAMIENTO DE 250 GRS C/U DE GOMA	3,352.00	100,560
100	CUERDAS DE 2 MTS PARA SALTO	1,084.00	108,400
30	BALONES DE VOLEYBALL INICIACION MOLTEN	9,159.00	274,770
30	GOLOS DE MALABARISMO	5,873.00	176,190
30	BALONES DE FUTBOL N5 MITRE	8,319.00	249,570
10	BALONES DE VOLEYBALL 55 MOLTEN	44,453.00	444,530
10	MESA DE PING PONG	105,798.00	1,057,980
30	BALONES DE FUTBOLITO N4 MITRE	8,319.00	249,570
100	BASTONES DE TREKKING	3,352.00	335,200
20	CINTAS DE ENTRENAMIENTO EN SUSPENSION (TRX)	25,126.00	502,520


**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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	4,713,375
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,713,375
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	895,541
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,608,916

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : CINCO MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

RESERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 27-01-2014

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	JUEGO DE 12 PETOS C/U TELA PANAL, TAMANO ADULT O MARCA MITRE	34,790.00	347,900
6	SILBATOS FOX PROFESIONALES	5,000.00	30,000
6	CRONOMETROS	4,118.00	24,708
20	TARRO DE PELOTAS DE TENIS	1,256.00	25,120
20	BANDAS ELESTICAS DE ALTA RESISTENCIA	2,017.00	40,340
30	BASTONES DE MADERA DE 1.20 MT CON TACOS DE GOM A EN PUNTAS	3,025.00	90,750
20	MANCUERNAS DE 1 KG	1,429.00	28,580
20	JUEGOS DE PELOTAS DE PLAYA	3,277.00	65,540
3	SLACKLINES	28,557.00	85,671
6	ESCALERAS DE COORDINACION	8,235.00	49,410
20	PELOTAS DE CONTACTO PARA MALABARISMO	2,571.00	51,420
20	MANCUERNAS DE 2 KILOS	2,857.00	57,140
10	BOLSDS PORTABALONES MITRE	6,714.00	67,140
20	PARES DE RODILLERAS VOLEYBALL AKIRA	3,269.00	65,380
50	CUERDAS DE SLATO INDIVIDUALES DE 4 MTS	1,681.00	84,050
20	FITBALL 65 CMS (BALON SUIZO)	6,639.00	132,780
10	BALONES DE GIMNASIA RITMICA	4,958.00	49,580
50	CLAVAS DE MALABARISMO	8,571.00	428,550
10	MINITRAMPOLIN DE SALTOS	25,126.00	251,260

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 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039


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

CUENTA : 431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	1,975,319
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,975,319
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	375,311
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,350,630

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 27-01-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

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


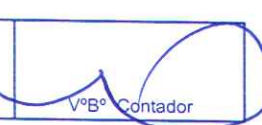
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ESTRUCTURA TABLERO Y ARO MOVILES DE BASQUETBAL L	134,369.00	268,738

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109	IMPLEM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	268,738
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	268,738
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811		IVA	51,060
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	319,798
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			

MONTO : TRES CIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

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

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


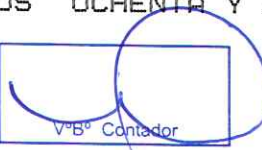
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BALONES FUTBOL	8,319.00	83,190
10	BALONES VOLEYBALL	9,150.00	91,500

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	174,690
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	174,690
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	33,191
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	207,881

MONTO : DOSCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): ARTICULOS DEPORTIVOS SIDERAL LTDA. 770607205

Dirección: AV. B. O'HIGGINS 3409

Teléfono: 7763323

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

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

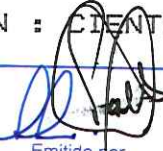

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CUERDAS DE 2.5 MTS POR 1/2 PULGADAS	1,134.00	34,020
3	ESCALAS DE COORDINACION	8,235.00	24,705
4	PARACAIDAS DE RESISTENCIA	9,664.00	38,656

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	97,381
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	97,381
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	18,502
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	115,883

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 CIENTO QUINCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MARCADOR MANUAL MULTIDEPORTES	13,361.00	13,361
20	BALON ESPONJA 6 BAJA DENSIDAD FG	2,512.00	50,240
10	FUTBOL 5 JUVENTUS DRB	3,352.00	33,520
120	SET DE FUTBOL MOD. CAMISETA AMARILLA, SHORT VE RDE OSCURO Y MEDIAS, LOGO INSIGNIA DEL LICEO	10,915.00	1,309,800

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	1,406,921
DESTINO	: COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,406,921
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	267,315
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,674,236

MONTO : UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS -

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 27-01-2014

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
3	AGUJA PARA INFLAR	252.00	756
5	RED DE BASQUETBALL TRICOLOR	1,260.00	6,300
20	ARO HULA 70 CM MEDIANO CTE	4,958.00	99,160
20	CUERDA GIMNASIA RITMICA TORPEDO	1,134.00	22,680
10	BALON VOLEYBALL TORPEDO SUPER SOFT	4,958.00	49,580
10	BALON HANDBALL	2,689.00	26,890
50	BALON GOMA 6 GYMNASTICS	99.00	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 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039


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

VENTA :	431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	210,316
DESTINO :	COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	INMEDIATA	SUB-TOTAL	210,316
LUGAR ENTREGA :	VIA LACTEA 9308	IVA	39,960
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	250,276

MONEDA : DOSCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BOMBIN		
20	PELOTAS DE TENIS	1,672.00	3,344
4	PITOS	1,924.00	38,480
15	COLCHONETAS INDIVIDUALES 1.50 X 50	831.00	3,324
10	COLCHONETAS INDIVIDUALES 2.00 X 1.00	9,159.00	137,385
2	AROS DE BASQUETBALL MOVIBLES	49,495.00	494,950
		134,369.00	268,738

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	946,221
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	946,221
LUGAR ENTREGA	: AVDA.CRISTOBAL COLON 9188	IVA	179,782
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,126,003

MONEDA: UN MILLON CIENTO VEINTISEIS MIL TRES PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 27-01-2014

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

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

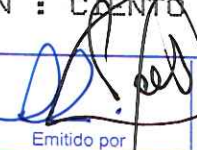

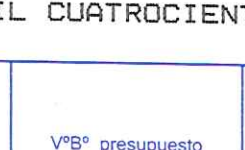


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PELOTITAS DE ESPONJA	2,429.00	48,580
2	CRONOMETROS	4,118.00	8,236
4	PETOS DIFERENTES COLORES TALLA S - SET DE 15	4,402.00	17,608
4	PETOS DIFERENTES COLORES TALLA M - SET DE 15	4,402.00	17,608
4	PETOS DE DIFERENTES COLORES TALLA L SET DE 15	4,402.00	17,608

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM.DEPORTIVOS	VALOR NETO	109,640
DIRECCION : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	109,640
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	20,832
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	130,472

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO TREINTA MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 SOLICITADA POR COLEGIO	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador	 AUTORIZADA POR
---	--	---	--	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ESCALERA OPTIMIS 4 MTS CON 10 ESPACIOS	10,000.00	20,000
10	JUEGO DE 10 PETOS CON 30 TALLA 10, 30 TALLA M, 35 TALLA L Y 5 XL	10,000.00	100,000
8	BOLSA PARA BALONES CON CORREA AL HOMBRO AJUSTA BLE Y CIERRE CON CORDON DE 20X35X20	5,033.00	40,264
10	BALONES DE GOMA DE MINI HANDBOL	5,873.00	58,730
10	BALON DE VOLEIBALL N5 TRICOLOR MOLTEN 1500 V5X SLC	9,159.00	91,590
10	BALON DE BABY FUTBOL N4 CUERO-POLIURETANO	10,840.00	108,400
20	STEP PLASTICO DURO REGULABLE	10,840.00	216,800

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM.DEPORTIVOS  
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 635,784  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 635,784  
 IVA 120,799  
 TOTAL FACTURA 756,583

MON : SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

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

 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 27-01-2014

Señor(es): ARTICULOS DEPORTIVOS SIDERAL LTDA. 770607205

Dirección: AV. B. O' HIGGINS 3409

Teléfono: 7763323

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

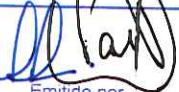
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PELOTAS FOAM ESPUMA DE GAN CALIDAD	4,958.00	49,580
10	SILBATO TIPO FOX 40 - CLASICO SIN PELOTITA PAR A LA EJECUCION DE SONIDO	4,874.00	48,740
10	CUERDAS PARA GIMNASIA NULON PRENSADA	1,134.00	11,340
8	REDES DE TENIS DE MESA CON SOPORTES METALICOS	2,101.00	16,808
4	PARACAIDAS PARA AUMENTAR LA POTENCIA MUSCULAR	9,664.00	38,656
15	PALETA BASICA XUSAOFA DE APRENDIZAJE	3,857.00	57,855
10	BALON DE FUTBOL	8,235.00	82,350
6	JUEGOS DE REDES PARA BABY FUTBOL NYLON	15,042.00	90,252

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431109 IMPLM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	395,581
DIRECCION : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	395,581
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	75,160
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	470,741
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CUATROCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

 Emitido por	<b>SOLICITUD COLEGIOS</b> Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

069301

FECHA: 27-01-2014

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL TERMICO IMPRESORA COD. BARRA (ETIQUETA A UTOADHESIVA TERMIVA x 2000 UDS) ROLLO	10,190.00	203,800
3	ACIDO URICO, UA GEN 2, 400 TESTS, COBAS C INTEGRA	33,560.00	100,680
1	ALBUMINA, ALB BCG GEN 2, 300 TESTS, COBAS C INTG.	23,536.00	23,536
4	BILIRRUBINA DIRECTA DIL-D GEN 2, 350 TESTS, COBAS C INTEGRA	32,104.00	128,416
5	BILIRRUBINA TOTAL, BIL-T DPD GEN 2, 250 TESTS, COBAS C INTEGRA	35,000.00	175,000
1	CALCIO CA GEN 2, COBAS INTEGRA 300 TESTS REF: 5061482190	27,480.00	27,480
10	HDL COLESTEROL HDL-C GEN.3, 200 TESTS, COBAS C INTEGRA	111,368.00	1,113,680
5	COLESTEROL CHOL HiCo GEN.2, 400 TESTS, COBAS C INTEGRA	22,104.00	110,520
5	CREATININA, CREAJ GEN.2, 700 TESTS COBAS C INT EG.	24,032.00	120,160
3	FOSFATASA ALCALINA, ALP IFCC GEN.2, 400 TESTS	31,592.00	94,776
3	GAMA GT, GGT GEN.2, 400 TESTS, COBAS C INTEGRA	36,600.00	109,800
2	GLUCOSA, GLUC HK GEN.3, 800 TESTS, COBAS C INT EG.	71,416.00	142,832
2	GOT, ASTL 500 TESTS, COBAS C INTEGRA	47,368.00	94,736
2	GPT, ALTL 500 TESTS, COBAS C INTEGRA	47,368.00	94,736
4	TRIGLICERIDOS TRIGL, 250 TESTS COBAS C INTEGRA	69,528.00	278,112
3	UREA UREAL, 500 TESTS COBAS C INTEGRA	46,160.00	138,480
7	MICROALBUMINURIA, ALB-T TQ GEN.2, 100 TESTS, COBAS C INTEGRA	96,280.00	673,960
1	PROTEINA C REACTIVA CRP GEN.3, 250 TESTS COBAS C	131,333.00	131,333
2	NAOH CLEAN CAS. 1 e501/e311	8,622.00	17,244
6	HbA1c TQ GEN.3, 150 TESTS COBAS C 501 KIT*	244,344.00	1,466,064

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	5,245,345
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	5,245,345
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	996,616
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,241,961

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : SEIS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 27-01-2014

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

servirse despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	URISYS CASSETTE KIT (400 DET.)	114,931.00	459,724
1	BANDEJA DESECHO URISYS 2400 WASTE BOX, KIT (30 UDS.)	22,431.00	22,431
1	KOVA TROL 3 (NORMAL), KIT (4 x 60 ML.) 1	132,420.00	132,420
1	STANDARD BAJO HIT/COBAS, KIT	49,698.00	49,698
1	STANDARD ALTO HIT/COBAS, KIT	49,698.00	49,698
1	HCG+BETA II ELECSYS, COBAS E x 100, KIT	174,909.00	174,909
1	FSH ELECSYSY, COBAS E x 100, KIT	176,190.00	176,190
6	TOTAL PSA GEN 2.1 ELECSYS, COBAS E x 100, KIT	274,533.00	1,647,198
1	PSA CALSET GEN 2.1 ELECSYS, KIT	81,639.00	81,639
3	ELECSYS PROCELL MOD/e 601, KIT	85,806.00	257,418

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS

VALOR NETO 3,051,325

DESTINO : LABORATORIO BASICO

DESCUENTO 0.0 0

PLAZO ENTREGA : INMEDIATA

SUB-TOTAL 3,051,325

LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140



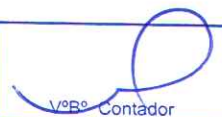
IVA 579,752

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

TOTAL FACTURA 3,631,077

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETENTA Y SIETE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

Señor(es): FARMACIA RECCIUS S.A. 945930004

Dirección: SAN ANTONIO 229

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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



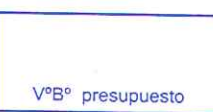
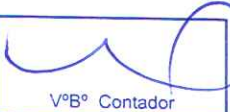
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PACK FLUORESCENCIA - CAJA X 100 UND	40,500.00	405,000

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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039


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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	405,000
DIRECCION	: MINICONSULTORIO CHESTERTON	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	405,000
LUGAR ENTREGA	: Nueva Bilbao 9082	IVA	76,950
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	481,950

MONTO : CUATROCIENTOS OCHENTA 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 A LA COTIZACIÓN POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 22-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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

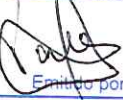

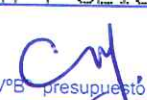
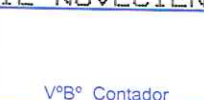
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	468,000
ESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
LAZO 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

CON CINCUENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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




CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VITAMINA B1+B6+B12, CAJA x 100 AMPOLLAS	35,000.00	70,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 70,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 70,000  
 IVA 13,300  
 TOTAL FACTURA 83,300

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



ORDEN DE COMPRA

Env 23/01/14

069294

FECHA:

22-01-2014

Señor(es):

Dirección: LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

At.: Sr.: AV. MARATON 1315

Teléfono:

3655245

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha ~~de~~ despachar facturas ~~se despachan~~ Entrega \*\*

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

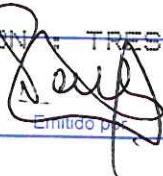
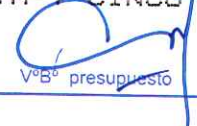
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,750	ATENOLOL 50 MG X 20 CM	190.00	332,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	332,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	332,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	63,175
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	395,675

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
CON TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	FENOBARBITAL 100 MG X 1000 CM	23,000.00	207,000
600	ATENOLOL 50 MG X 20 CM	190.00	114,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 321,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 321,000  
IVA 60,990  
TOTAL FACTURA 381,990

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR



FECHA: 22-01-2014

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF.74

Teléfono: 4227296

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	FRASCO DE 200 GRAMOS - PLASTSUL	9,495.00	56,970

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	56,970
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	56,970
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,824
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,794

MONTO : SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 22-01-2014

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

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CRONICAS-REGISTRO DE ACCIDENTES ESCOLARES	3,613.00	3,613
1	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS COMPOSICION COD 2010-C	4,286.00	4,286
3	FORROS DE PVC CRISTAL EDUCACION PARVULARIA COD 104	1,597.00	4,791
2	LIBRO DE CORRESPONDENCIA OFICIO COD 802	5,042.00	10,084
50	CERTIFICADO TIPO DIPLOMA EDUCACION PARVULARIA COD 210-C	252.00	12,600
50	LIC ENSEÑANZA BASICA CON ESCUDO NACIONAL COD 213	252.00	12,600
50	LIC ENSEÑANZA MEDIA CON ESCUDO NACIONAL COD 211	252.00	12,600
12	FORROS DE PVC CRISTAL LIBROS EDUCACION MEDIA COD 306	1,597.00	19,164
15	FORROS DE PVC CRISTAL LIBROS DE EDUCACION BASICA COD 306	1,597.00	23,955
3	LIBROS DE CLASES EDUCACION PARVULARIA CODIGO 308-09 (SIN PIE)	13,025.00	39,075
4	LIBRO DE REGISTRO DE ASISTENCIA DE SALIDA DE ALUMNOS-CURSO COD 312	10,084.00	40,336
12	LIBRO DE ENSEÑANZA MEDIA 1   A 4   MEDIO COD 402 (SIN PIE)	15,126.00	181,512
15	LIBRO DE ENSEÑANZA MEDIA BASICA 1   A 8   BASICO COD 400 (SIN PIE)	15,546.00	233,190

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

IDENTIFICACION : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	597,806
DIRECCION : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	597,806
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	113,583
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	711,389
CONDICIONES : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA : SETECIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS		

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 22-01-2014

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

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LIBROS DE INGRESOS Y SALIDAS PARA RECEPCION	10,084.00	100,840

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

IDENTIFICACION : 421104 FORMUL.E IMPRESOS  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO VEINTE MIL PESOS

VALOR NETO 100,840  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 100,840  
 IVA 19,160  
 TOTAL FACTURA 120,000

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 22-01-2014

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

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

At: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

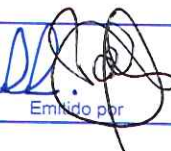

/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	LIBROS DE CLASE EDUCACION MEDIA 19 ASIGNATURAS (JEC) 432 PAG	15,126.00	121,008
28	FORROS PARA LIBROS DE CLASE	1,597.00	44,716
4	LIBROS DE CLASES EDUCACION PARVULARIA	13,025.00	52,100
4	LIBROS DE CLASES EDUCACION BASICA 7 Y 8 (JEC)	14,286.00	57,144
25	LIBRO ELECTIVO DE UNA ASIGNATURA	3,193.00	79,825
10	LIBRO REGISTRO DE SALIDA ALUMNOS-CURSOS 100 HOJAS	10,084.00	100,840
28	CUADERNILLO REGISTRO DE INTEGRACION DCTO 170	6,303.00	176,484
12	LIBROS DE CLASES EDUCACION BASICA 1 y 6 (JEC)	15,546.00	186,552

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	818,669
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	818,669
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	155,547
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	974,216
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS DIECISEIS PESOS		

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 22-01-2014

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

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	LIBRO DE CLASE EDUCACION ESPECIAL	13,950.00	223,200

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA	: 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	223,200
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	223,200
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	42,408
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	265,608
MONEDA: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO: DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS			

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	--------------------	---	-------------------

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 22-01-2014

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

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	FORROS LIBROS EDUCACION PARVULARIA CODIGO 103	1,597.00	9,582
3	LIBROS DE CLASES EDUCACION PARVULARIA CODIGO 308-14	13,025.00	39,075
28	FORROS PARA LIBROS DE CLASE CODIGO 102	1,597.00	44,716
5	LIBROS DE CLASE EDUCACION BASICA 7   A 8   COD 400-14	14,286.00	71,430
31	LIBROS ELECTIVOS DE UNA ASIGNATURA CODIGO 299	3,193.00	98,983
10	LIBROS DE CLASE EDUCACION MEDIA CODIGO 402-14	15,126.00	151,260
30	CUADERNILLO REGISTRO DE INTEGRACION DCTO 170 CODIGO 421-14	6,303.00	189,090
13	LIBROS DE CLASES EDUCACION BASICA DE 1   A 6   CODIGO 401-14	15,546.00	202,098

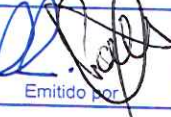

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

IDENTIFICACION : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	806,234
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
TIPO DE ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	806,234
LUGAR DE ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	153,184
TERMINO DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	959,418

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 15-01-2014

Señor(es): ALEJANDRA CAROLINA MUNILLA DIAZ 13143555K

Dirección: ARTURO PRAT 1455-A

Teléfono: 5562986

At.: Sr. cordovasoporte@gmail.com

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30,000	BOLSA TROQUELADA IMPRESAS 7/1 COLOR BLANCA ALT A DENSIDAD CON LOGO APOQUINDO LAS CONDES	33.00	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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	990,000
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	990,000
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	188,100
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,178,100
MONEDA	: UN MILLON CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CIENTOS PESOS		

	<b>MEMO# 47</b>		
Emitido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 15-01-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTÁ 649

Teléfono: 4731399

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CAMILLA ESMALTADA CON RESPALDO RECLINABLE MARC A CABOT	52,450.00	52,450
1	ESCABEL	12,450.00	12,450
3	VITRINA 4 REPISAS CON LLAVE, PUERTA ABATIBLE M ARCA CABOT	62,450.00	187,350

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

ENTIA : 431104 MOBILIARIO SALUD  
 STINO : MINICONSULTORIO PILLAN  
 AZO ENTREGA : INMEDIATA  
 GAR ENTREGA : FRANCISCO BILBAO 6582  
 RMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 N : TRESCIENTOS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 252,250  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 252,250  
 IVA 47,928  
 TOTAL FACTURA 300,178

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR



Señor(es): VICTOR MONTOYA GERTNER 115017950

Dirección: EDISON 4647

Teléfono:

At.: Sr.: BERNARDITA ANGULO

\*\* 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
1	TANDEM ISO DE 3 ASIENTOS TAPIZADO	75,400.00	75,400
1	TANDEM ISO DE 4 ASIENTOS TAPIZADO	102,500.00	102,500
1	SILLA TORINO ALTA CON BRAZOS (RECEPCION)	44,500.00	44,500
1	PAPELERO DE MADERA	9,000.00	9,000
1	ESTACION DE TRABAJO L (BOX ENFERMERA n1)	125,000.00	125,000
1	SILLA TORINO ALTA CON BRAZOS	44,500.00	44,500
2	SILLAS MODELO CONFORT 850 (PACIENTE)	28,000.00	56,000
1	SILLA TORINO ALTA CON BRAZOS (BOX ENFERMERA N2 )	44,500.00	44,500
2	SILLA VISITA MODELO CONFORT 850	28,000.00	56,000
1	MESA DE REUNION ELECTRIFICABLE X 8 PERSONAS	480,000.00	480,000
1	PAPELERO DE MADERA	9,000.00	9,000
10	SILLA SALA REUNION MODELO STRONG MALLA	25,460.00	254,600
1	ESTACION DE TRABAJO L (BOX MEDICO N1)	125,000.00	125,000
1	SILLA TORINO ALTA CON BRAZOS	44,500.00	44,500
2	SILLA MODELO CONFORT 850	28,000.00	56,000
1	PAPELERO DE MADERA	9,000.00	9,000
1	ESTACION DE TRABAJO L (BOX MEDICO N2)	120,000.00	120,000
2	SILLA VISITA MODELO CONFORT 850	28,000.00	56,000
1	PAPELERO DE MADERA	9,000.00	9,000
1	ESTACION DE TRABAJO L (BOX MEDICO N3)	125,000.00	125,000
1	SILLA TORINO ALTA CON BRAZOS	44,500.00	44,500
2	SILLA VISITA MODELO CONFORT 850	28,000.00	56,000
1	PAPELERO DE MADERA	9,000.00	9,000
1	SILLA TORINO ALTA CON BRAZOS	44,500.00	44,500

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431101 MOBILIAR.OFICINA  
DESTINO : MINICONSULTORIO PILLAN  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : FRANCISCO BILBAO 6582  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,999,500  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 1,999,500  
IVA 379,905  
TOTAL FACTURA 2,379,405

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

069283

15-01-2014

FECHA:

Señor(es): LABORATORIO MAVER S.A. 921210000

Dirección: EMILIO VAISSE 574

4874292

Teléfono:

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

de Fecha

servase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
80	PACK EMBARAZO MOD ODONTO 3	10,250.0	820,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	820,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	820,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	155,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	975,800
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS		

	<b>MEMO # 14</b>		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

069281

FECHA: 15-01-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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

de Fecha Despatchar factura en Lugar Entrega \*\* 03-01-2014 sírvase despatchar

y/o ejecutar, 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	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,700.00	148,000
30	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	8,900.00	267,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 415,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 415,000  
 IVA 78,850  
 TOTAL FACTURA 493,850

MONEDA: CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS

Emitido por [Signature] Solicitada por [Signature] V°B° presupuesto [Signature] V°B° Contador [Signature]

AUTORIZADA POR [Signature]

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

2201

069280

FECHA: 15-01-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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

de Fecha Despatchar factura en Lugar Entrega \*\*  
06-01-2014 sírvase despatchar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	2,950,000
40	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000	8,900.00	356,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 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 3,306,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 3,306,000  
 IVA 628,140  
 TOTAL FACTURA 3,934,140

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA PESOS

Emitido por: [Signature]  
 Solicitada por: [Signature]  
 V°B° presupuesto: [Signature]  
 V°B° Contador: [Signature]

[Signature]  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

069279

FECHA:

15-01-2014

Señor(es):

FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección:

AV EL SALTO 2428

Teléfono:

6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de fecha 02-01-2014 de despachar facturas y/o servicios 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
12	ATENOLOL 50 MG por 1000	11,250.00	135,000

*Nulla*

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	135,000
DIRECCION DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	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
MONEDA : CIENTO SESENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS		

<i>[Signature]</i> Emitido por	<i>[Signature]</i> Solicitada por	<i>[Signature]</i> V°B° presupuesto	<i>[Signature]</i> V°B° Contador
-----------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------------------

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 15-01-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. Paul Harris  
 De acuerdo a autorización N°

de fecha 03-01-2014 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
40	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	15,000.00	600,000
160	PARACETAMOL 500 MG por 1000	3,600.00	576,000
100	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 2,026,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 2,026,000  
 IVA 384,940  
 TOTAL FACTURA 2,410,940

MONTO: DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL NOVECIENTOS

CUARENTA PESOS

Emitec por [Signature] Solicitada por [Signature] V°B° presupuesto [Signature] V°B° Contador [Signature]

AUTORIZADA POR [Signature]

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

sírvase despachar

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



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

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

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

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

	7m. 018		
Emitido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

**\*\* 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
2	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	80,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

DESTINO : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : OCHENTA MIL PESOS  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

 Emitido por	M.018 Solicitada por	 V°B° Respuesto	 V°B° Contador
---	-------------------------	---	-------------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



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 \$ 35.000	35,000.00	70,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0  
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR NETO : 70,000  
DESCUENTO 0.0 : 0  
SUB-TOTAL : 70,000  
IVA : 0  
TOTAL FACTURA : 70,000  
MON : SETENTA MIL PESOS

VALOR NETO 70,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 70,000  
IVA 0  
TOTAL FACTURA 70,000

 Emitido por	M. 018 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	--------------------------	---	-------------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WLMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

FECHA:

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

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

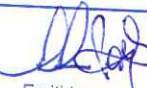

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	120,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : CIENTO VEINTE MIL PESOS  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 120,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 120,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 120,000

 Emitido por	M. 018 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	--------------------------	---	-------------------

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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




CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 35.000	35,000.0	35,000
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.0	40,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE AÑO  
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : SETENTA Y CINCO MIL PESOS

VALOR NETO	75,000
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	75,000
IVA	0
TOTAL FACTURA	75,000

 Emitido por	M. 018 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

**\*\* 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 \$ 40.000	40,000.00	40,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

DESTINO : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
 CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : CUARENTA MIL PESOS  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

 Emiso por	M. 018 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------------	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): FERRETERIA GARACHENA S.A. 967029505

Dirección: PROVIDENCIA 2687

2322645

Teléfono:

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	TINETAS ESMALTE AGUA COLOR S/MUESTRA	49,850.0	598,200
10	RODILLOS ESPONJA 9 CMS TIGRE	1,280.0	12,800
8	BROCHAS CONDOR EXELSIOR 5/8 X 2 1/2"	1,780.0	14,240
4	BROCHAS CONDOR EXELSIOR 5/8 X 3"	1,980.0	7,920
10	RODILLOS CHIPORROS NATURAL 18 CMS LIZCAL	3,340.0	33,400
10	PLIEGOS DE LIJA NRO 120	80.0	800
1	TINETA SELLANTE ACRILICO	25,870.0	25,870
1	TINETA PASTA MURO F-15 TAJAMAR	11,680.0	11,680



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES	VALOR NETO	704,910
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	704,910
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	133,933
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	838,843

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	M. 027 Solicitada por	 V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	--------------------------	---	---------------

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

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


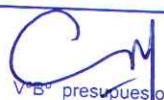
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES ( 230.000 )	193,277.0	193,277

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO  
 DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS

VALOR NETO	193,277
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	193,277
IVA	36,723
TOTAL FACTURA	230,000

 Emitido por	M.019 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-------------------------	---	-------------------

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

069267

FECHA:

15-01-2014

Señor(es):

PHARMA INVESTI DE CHILE S.A. 945440007

Dirección:

ANDRES BELLO 1495

Teléfono:

3405856

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

\*\* Despachar facturas a se despachar Entrega \*\*

/o ejecutar, 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	VIADIL SIMPLE 5 MG / 1 ML X 100 AMP	41,400.00	248,400

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	248,400
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	248,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	47,196
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	295,596

SON DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENOS NOVENTA Y SEIS PESOS

Emitted by:  Solicited by: \_\_\_\_\_ V°B° presupuesto: \_\_\_\_\_ V°B° Contador: \_\_\_\_\_  
 PROVIDOR: \_\_\_\_\_ AUTHORIZED BY: 

OBSERVACIONES:

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

069266

FECHA:

15-01-2014

Señor(es):

LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

Dirección:

CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono:

4627017

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha 10-01-2014 Despachar factura se despachar Entrega \*\*

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX100		
14	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20	9,000.00	9,000
1	SUERO GLUCOSADO 10%/500ML CJX20	6,400.00	89,600
22	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML cjx20	7,600.00	7,600
1	VASELINA 5 ML. CJX100	6,000.00	132,000
2	SUERO GLUCOSADO 5%/500ML CJX20	17,200.00	17,200
		7,000.00	14,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 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 269,400  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 269,400  
 IVA 51,186  
 TOTAL FACTURA 320,586

SON : TRES CIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

Emitido por [Signature]  
 Solicitada por [Signature]  
 V°B° presupuesto [Signature]  
 V°B° Contador [Signature]

AUTORIZADA POR [Signature]

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



069265

FECHA:

15-01-2014

Señor(es):

Dirección: LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

At.: Sr. ZENTENO 1276 Teléfono: 3901305

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha despachar facturas se despachar Entrega \*\*  
05-01-2014

y/o ejecutar, 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	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.00	48,000
2	RANITIDINA 50 MG /2 ML c/jx100	5,800.00	11,600
8	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	29,000.00	232,000
2	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	3,100.00	6,200
11	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML c/jx100	6,000.00	66,000
2	CLORFENAMINA 10 MG/ML c/jx100	6,100.00	12,200
1	ATROPINA 1 MG/ML c/jx100	6,000.00	6,000
2	BETAMETASONA 4 MG/ML c/jx100	8,500.00	17,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	399,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	399,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	75,810
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	474,810

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°S° 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.



ORDEN DE COMPRA

16-5

069264

FECHA:

15-01-2014

Señor(es):

OPKO CHILE S.A. 766696309

Dirección:

AGUSTINAS 640 PISO 10

Teléfono:

4381515

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha Despachar facturas se despachar Entrega \*\*

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PENICILINA SODICA 1.000.000U/I X 50	4,950.00	4,950
4	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	4,950.00	19,800
3	HIDROCORTISONA 100 MG. X50	25,750.00	77,250

**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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	102,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	102,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,380
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	121,380

SON CIENTO VEINTIUN MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069263

FECHA:

15-01-2014

Señor(es):

Dirección: LABORATORIO SANDERSON S.A. 915460003

At.: Sr.: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono:

4627017

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha 15-01-2014  
 \*\* Despachar facturas se despachar Entrega \*\*

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SUERO GLUCOSALINO 500ML CJX20		
3	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20	6,800.00	6,800
2	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML c.jx20	6,400.00	19,200
		6,000.00	12,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 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 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

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

069262

FECHA:

15-01-2014

Señor(es):

Dirección: LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

At.: Sr.: ZENTENO 1276

Teléfono:

3901305

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha 08-01-2014 despachar factura en su caso 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	CIANOCOBALAMINA (B12) 100 MG c/jx100	6,200.00	6,200
1	TIAMINA (B1) 30 MG c/jx100	6,200.00	6,200
1	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG / 1 ML c/jx100	6,200.00	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: 720 6000 - FAX: 720 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  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : VEINTIDOS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS

VALOR NETO 18,600  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 18,600  
IVA 3,534  
TOTAL FACTURA 22,134

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 13-01-2014

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 09-01-2014

sírvase despachar


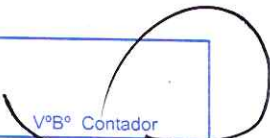
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ALCOHOL 70   CAJA X 15 LT	15,336.00	30,672

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	30,672
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,672
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	5,828
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,500
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS		

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN 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.

FECHA: 13-01-2014

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 08-01-2014

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO ( CHINO )	2,990	14,950
4	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,650	6,600
24	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	1,650	39,600
9	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700	15,300
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	11,000
100	PECHERAS PLASTICAS DESECHABLES MANGA LARGA	135	13,500

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 MONEDA : CIENTO VEINTE MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS

VALOR NETO 100,950  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 100,950  
 IVA 19,181  
 TOTAL FACTURA 120,131

Entidad por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Cotizador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069259

FECHA: 13-01-2014

Señor(es):

DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección:

AVDA. EGANA 1065

Teléfono:

2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha Despatchar facturas y/o servicios de despatchar Entrega \*\*

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

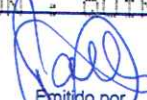
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	13,195

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

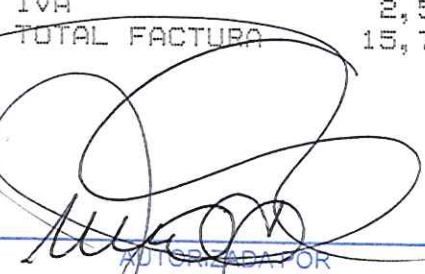
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	13,195
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,195
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,507
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,702

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

069258

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001  
 Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

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

de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*  
 09-01-2014

y/o ejecutar, 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	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	7,800.00	23,400
8	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	9,480.00	75,840

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

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

CUENTA : 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  
 MON : CIENTO DIECIOCHO MIL NOVENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 99,240  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 99,240  
 IVA 18,856  
 TOTAL FACTURA 118,096

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



069257

FECHA: 13-01-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

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

de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*  
13-01-2014

y/o ejecutar, 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	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 18 X 5	1,100.00	22,000
1	CINTAS ESTERILES STERI STRIPS 3M CJ x 50 TIRAS R1541	19,500.00	19,500

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

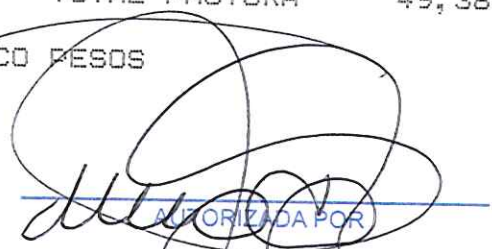
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	41,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,885
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,385

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

16-5



ORDEN DE COMPRA

069256

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909  
Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1  
At.: Sr. Teléfono: 4460087

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°22	4,150.00	4,150
1	GUANTES ESTÉRILES CAJAS x 50 pares N° 8	7,900.00	7,900
1	GUANTES ESTÉRILES CAJAS x 50 pares N° 7 1/2	7,900.00	7,900
2	GUANTES ESTÉRILES CAJAS x 50 pares N° 7	7,900.00	15,800
8	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-01A/A-21G/BL	23,000.00	184,000
25	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	700.00	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	237,250
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	237,250
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	45,078
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	282,328

VALOR: DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

16-1

069255

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909  
 Dirección: AVDA. EGANA 1065  
 At.: Sr. Teléfono: 2775449

De acuerdo a su cotización N° 012014 de Fecha Despachar facturas y/o servicios 15-01-2014 Entrega \*\*  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	35,226
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.00	13,195

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

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	48,421
DESTINO	: CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	48,421
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	9,200
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	57,621

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTECITO CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

16-1



ORDEN DE COMPRA

069254

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): ACE SISTEMAS MEDICOS LTDA. 761413996  
Dirección: VISTA HERMOSA 310 A

Teléfono:

At.: Sr. De acuerdo a su cotización RE de fecha 01-12-2014 Despachar facturas a ser despachadas Entrega \*\* y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. 15-01-2014

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 - FONDO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización 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  
MONTANTO : 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

069253

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): INVERSIONES PMB S.A. 995418908  
Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

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

de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
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  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 504,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 504,000  
IVA 95,760  
TOTAL FACTURA 599,760

MON : QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

Emitido por: [Signature]  
Solicitada por: [Signature]  
V°B° presupuesto: [Signature]  
V°B° Contador: [Signature]

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR: [Signature]

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): 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 08-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESI VO 10X20 CM. CJX10	23,000.0	115,000
2	PRONTOSAN 350 ML CJ 10UNID	102,500.0	205,000
10	PELICULA PROTECTORA SIN ARDOR CAVILON SPRAY 3M	58,800.0	588,000
8	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	2,300.0	18,400

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

UBICACION : 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 : UN MILLON CIENTO DOS MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS PESOS

VALOR NETO 926,400  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 926,400  
 IVA 176,016  
 TOTAL FACTURA 1,102,416

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

16-5



ORDEN DE COMPRA

069251

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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

de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
240	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390.00	93,600
400	BOQUILLAS DE PAPEL PARA FLUJOMETRO 30X6.5 cmt.	123.00	49,200

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

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	142,800
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	142,800
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	27,132
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	169,932

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

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

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 09-01-2014

sírvase despachar

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

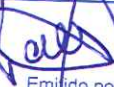
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	VENDA DE GASA ELASTOMULL 10CM.X4MT.	5,220.0	83,520
5	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	9,480.0	47,400
6	TEGADERM AGMESH 3M CAJA	11,200.0	67,200

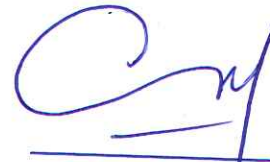
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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 : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 198,120  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 198,120  
 IVA 37,643  
 TOTAL FACTURA 235,763

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



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



16-5



ORDEN DE COMPRA

069249

FECHA: 13-01-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\* y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. 09-01-2014


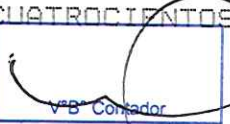
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	JERINGA DESECHABLE 20 CC PUNTA CATETER CAJA	21,250.00	85,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,400.00	28,000

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

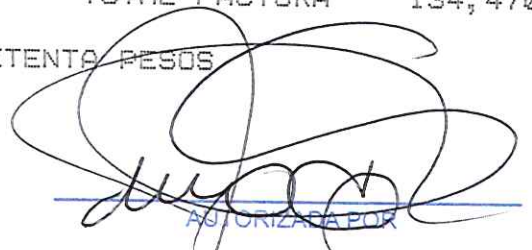
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	113,000
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	113,000
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	21,470
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	134,470

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

16-5



ORDEN DE COMPRA

069248

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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

de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*  
13-01-2014

y/o ejecutar, 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	PECHERAS PLASTICAS DESECHABLES MANGA LARGA	135.00	13,500
60	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	1,650.00	99,000
10	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA L SUPER MAX	1,650.00	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 - FONON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	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

MON : CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

16-T



ORDEN DE COMPRA

069247

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004  
Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 012014 de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\* y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. 15-01-2014

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.56	900,00	36,000

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	36,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,840
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,840

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

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

AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

16-1



ORDEN DE COMPRA

069246

FECHA: 13-01-2014

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

Teléfono: 2775449

De acuerdo a su cotización N° 012014 de Fecha Despachar facturas y/o servicios de despachar Entrega \*\*  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.00	140,904

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	140,904
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	140,904
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,772
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	167,676

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

16-1



ORDEN DE COMPRA

069245

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909  
Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1  
At.: Sr. Teléfono: 4460087

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	JERINGA DESECHABLE 20 CC BD CAJA X 100	3,750.00	11,250
5	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°22	4,150.00	20,750
15	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	700.00	10,500

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

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	42,500
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	42,500
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	8,075
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,575

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

069244

FECHA: 13-01-2014

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha Despatchar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*

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

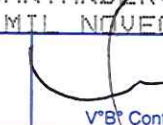
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100.00	81,000
60	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	9,000.00	540,000

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	621,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	621,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	117,990
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	738,990

MON : SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

16-5

069243

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 012014 de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\* y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. 15-01-2014

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
360	ESPECULO DESECHABLE 26mm.	390.00	140,400

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	140,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	140,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	26,676
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	167,076

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO: CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SETENTA 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

069241

FECHA: 13-01-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha 13-01-2014 Despachar facturas y/o servicios y/o materiales y/o servicios que se indican a continuación. Entrega \*\*

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CINTAS ESTERILES STERI STRIPS 3M CJ x 50 TIRAS R1541	19,500.00	39,000

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

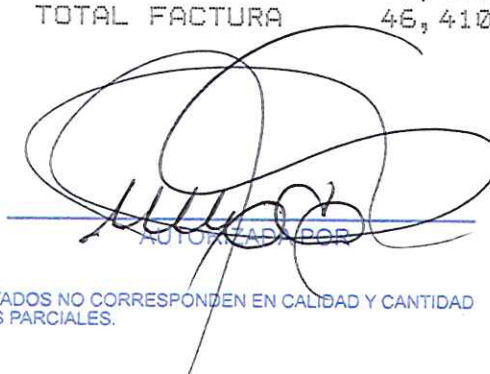
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	39,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,410
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,410

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
CEN : 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



069240

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha Despatchar facturas y/o servicios de despatchar 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
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,650.00	82,500
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,650.00	82,500
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA L	1,650.00	82,500

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

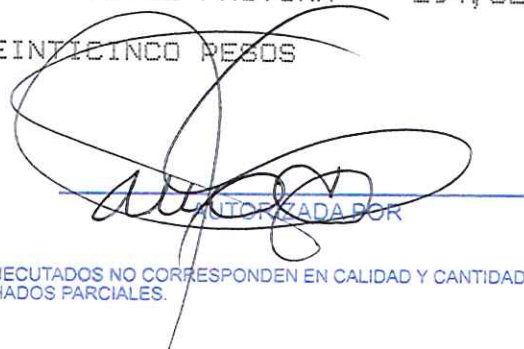
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	247,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	247,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	47,025
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	294,525

MON : DSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTICINCO PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

BSERVACIONES:

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

069239

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): ACE SISTEMAS MEDICOS LTDA. 761413996

Dirección: VISTA HERMOSA 310 A

Teléfono:

At.: Sr. ALFONSO GARRE

De acuerdo a su cotización N° 012014 de Fecha 15-01-2014 Despachar facturas y/o servicios y/o entregar \*\*

y/o ejecutar, 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  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 170,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 170,000  
 IVA 32,300  
 TOTAL FACTURA 202,300

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 DOS CIENTOS 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  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

069238

FECHA: 13-01-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*  
1 09-01-2014

/o ejecutar, 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	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	700.00	35,000
3	GUANTES ESTÉRILES CAJAS x 50 pares N° 7	7,900.00	23,700

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	58,700
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	58,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,153
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,853

MON : SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069237

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): PRECISION S. A. 969809109

Dirección: AVDA EJERCITO 521

Teléfono: 4226270

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvese despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BALANZA DE SOBREMESA MODELO BBA 221 CAPACIDAD 150 KG 600 X 800 MM	601,500.0	601,500

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431105 EQ.E INST.SALUD  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 601,500  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 601,500  
IVA 114,285  
TOTAL FACTURA 715,785

MONTO : SETECIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

	74.023		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

sírvase despachar

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,000	TARJETAS DENTALES 2 PERF HORIZONTAL	285.0	285,000
1,000	TARJETONES CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL ADULTO	285.0	285,000
200	BLOCK DE 100 HJS RECETARIO VERDE FOLIADO	2,850.0	570,000
1,000	TARJETAS SALUD FAMILIAR	185.0	185,000
200	BLOCK DE 100 HJS RECETARIO CRONICA FOLIADAS	3,120.0	624,000
200	BLOCK DE 50/2 ORDEN DE EXAMEN	2,740.0	548,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

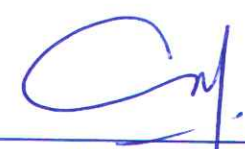
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

VENTA DESTINO : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	2,497,000
LUGAR ENTREGA : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,497,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	474,430
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,971,430
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS

 Emitido por	M. OZO Solicitada por	 V°B° presuguesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	---	-------------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): BIOTECH LIMITADA 760063665

Dirección: ARZOBISPO LARRAIN GANDARILLA 145

Teléfono: 6350809

At.: Sr.: PAMELA SAEZ  
 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	CONO GUITTA REGULAR 2- SERIE (45-80) METABIOME D COREA	3,500.0	3,500
10	CONO PAPEL ESTERIL 2- SERIE (45-80) METABIOMED COREA	2,800.0	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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

AGENCIA : 421107. MAT. DENTAL  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

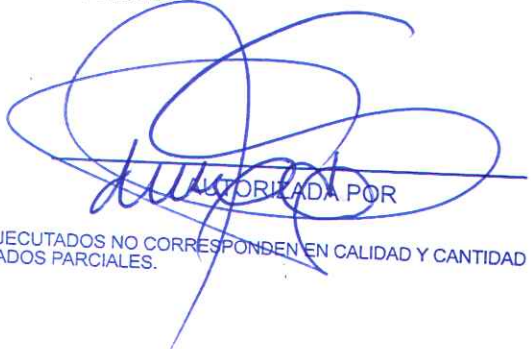
VALOR NETO 31,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 31,500  
 IVA 5,985  
 TOTAL FACTURA 37,485

MONTO : TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

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

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): COMERCIAL Y SERVICIOS GEODENTAL LIMITADA 761374931

Dirección: GOLFO DE PENAS 2175, VALLE NEVADO

Teléfono:

At.: Sr.: BENITO GERARDO ANDRADE

\*\* 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	REVELADORA DENTAL MANUAL	134,454.0	134,454
1	CHALECO PLOMADO	100,840.0	100,840
1	MALETIN PROFESIONAL (TURBINA PUSH BUTTON, MICR OMOTOR EX 203, CONTRA ANGULO PUSH BUTTON Y PIEZA DE MANO)	331,933.0	331,933
1	ULTRASONIDO P/DESTARTRAJE (INSTALADO EN EQUIPO)	134,454.0	134,454
1	LAMPARA DE FOTOCURADO	117,647.0	117,647

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

AGENCIA : 431105 EQ.E INST.SALUD  
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONEDA : NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS

VALOR NETO 819,328  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 819,328  
IVA 155,672  
TOTAL FACTURA 975,000

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

  
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): COMERCIAL Y SERVICIOS GEODENTAL LIMITADA 761374931

Dirección: GOLFO DE PENAS 2175 , VALLE NEVADO

Teléfono:

At.: Sr.: BENITO GERARDO ANDRADE

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	COMPRESOR DENTAL (GARANTIA 18 MESES)	319,328.0	638,656


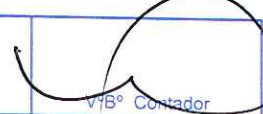
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

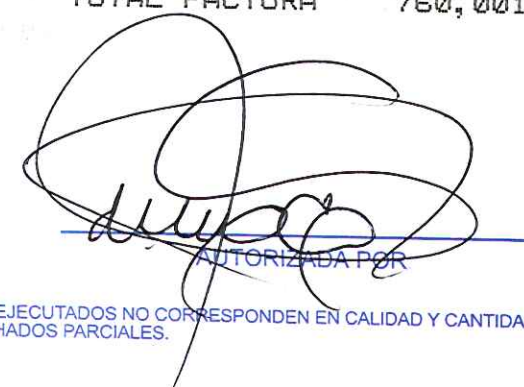
AGENCIA : 431105 EQ.E INST.SALUD  
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 638,656  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 638,656  
 IVA 121,345  
 TOTAL FACTURA 760,001

MONTO : SETECIENTOS SESENTA MIL UN PESOS

Emitido por:  Solicitada por: \_\_\_\_\_ V°B° presupuesto: \_\_\_\_\_ V°B° Contador: 

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 13-01-2014

Señor(es): COMERCIAL Y SERVICIOS GEODENTAL LIMITADA 761374931

Dirección: GOLFO DE PENAS 2175 , VALLE NEVADO

Teléfono:

At.: Sr.: BENITO GERARDO ANDRADE

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

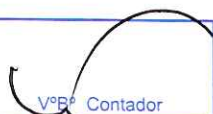
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	EQUIPO DE RAYOS X DENTAL (GARANTIA 18 MESES)	1,428,571.0	1,428,571

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039


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

CUENTA : 431105 EQ.E INST.SALUD	VALOR NETO	1,428,571
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,428,571
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	271,428
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,699,999

MON : UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE - PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069231

FECHA: 13-01-2014

Señor(es): COMERCIAL Y SERVICIOS GEODENTAL LIMITADA 761374931

Dirección: GOLFO DE PENAS 2175 , VALLE NEVADO

Teléfono:

At.: Sr.: BENITO GERARDO ANDRADE  
 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	EQUIPO DENTAL A - 3000 (GARANTIA 18 MESES)	2,100,841.0	4,201,682

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

DENTISTA : 431105 EQ.E INST.SALUD  
 DISTRITO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : CINCO MILLONES DOS PESOS

VALOR NETO 4,201,682  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 4,201,682  
 IVA 798,320  
 TOTAL FACTURA 5,000,002

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ARTICULOS MEDICOS ARTIGAL LIMITADA 782889206

Dirección: GUILLERMO FRANKE 2300

Teléfono:

At.: Sr.:

de acuerdo a su cotización N°

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

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

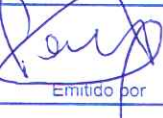
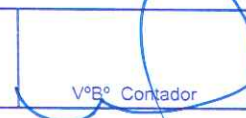
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
150	TORULA GASA 2 ESTERIL 3 UD DENTAL (GORRITO)	140.0	21,000
100	GASA NO GAUZE TNT 5 x 5 ESTERIL 3 UD.	53.0	5,300
150	APOSITO NO GAUZE 10 x 10 ESTERIL	98.0	14,700
150	APOSITO NO GAUZE 10 x 20 ESTERIL	165.0	24,750
100	APOSITO NO GAUZE 20 x 20 ESTRIL	261.0	26,100
150	APOSITO NO GAUZE 30 x 35 ESTERIL	550.0	82,500
100	GASA NO GAUZE TNT 5 x 5 ESTRIL	35.0	3,500
300	SET DE CURACION: 5 TORULAS DE GASA + 2 GASA 5 x 5	153.0	45,900
50	TORULA ALGODON 5 x 5 ESTERIL 3 UD., 11 GRS.	68.0	3,400
50	TORULA ALGODON 8 x 8 ESTERIL 3 UD., 2 GRS.	95.0	4,750

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	231,900
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	231,900
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	44,061
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	275,961

MON : DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069229

FECHA: 09-01-2014

Señor(es): AMILAB ART.MEDICOS Y DE LAB. LIMITADA 777006908

Dirección: ENRIQUE OLIVARES 1070

Teléfono: 2878708

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	BACTROL GRAM SLIDE QC CONTROL TINCION DE GRAM	119,017.0	119,017

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	119,017
DIRECCION : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	119,017
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	22,613
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	141,630
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA : CIENTO CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

sírvase despachar


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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ENMARCACIONES DE CERTIFICADOS 22 X 28 COLOR CA RAMELO SIMPLE	8,300.00	83,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	83,000
DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	83,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	15,770
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,770
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS		

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 132124

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CERA ACRILICA AUTOBRILLO ENV.20 LTS. WINZA-139 ROJA	32,400.0	64,800

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : SETENTA Y SIETE MIL CIENTO DOCE PESOS

VALOR NETO 64,800  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 64,800  
 IVA 12,312  
 TOTAL FACTURA 77,112

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069226

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): MARGOT ARTETA GUERRERO 06887775K

Dirección: JOSE M. INFANTE 3215-G

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-01-2014 **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*** sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	2,100.00	2,100
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,680.00	13,360

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	15,460
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,460
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,937
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,397
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

069225

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): MARGOT ARTETA GUERRERO 06887775K

Dirección: JOSE M. INFANTE 3215-G

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 06-01-2014 sírvase despachar

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


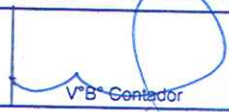
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,680.00	66,800

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	66,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	12,692
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	79,492

MON : SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



069224

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 132124

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-150D	9,675.00	29,025

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	29,025
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,025
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	5,515
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,540
MONEDA : TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS		

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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


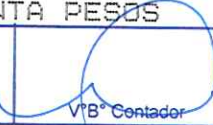
At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 132124 de Fecha 03-01-2014 Despachar factura en lugar Entrega \*\* y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. *servase despachar*

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	4,000.0	12,000

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	12,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	2,280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,280
MON : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CATORCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS		

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069222

137

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 132124

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.0	2,730
4	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	1,550.0	6,200
2	PAD BLANCO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA ( WINZA )	4,050.0	8,100

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 17,030  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 17,030  
IVA 3,236  
TOTAL FACTURA 20,266

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

069221

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 132124 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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
9	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.0	1,890
2	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	4,850.0	9,700
4	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	4,000.0	16,000
2	REMOVEDOR DE CERAS ENV.20 LTS. WINZA-092	18,000.0	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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	63,590
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	63,590
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	12,082
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	75,672

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

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

132124

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.0	2,310
4	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	4,850.0	19,400
4	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	4,000.0	16,000
4	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	1,550.0	6,200
3	MOPA HOGAR C/MANGO ( WINZA )	1,700.0	5,100
1	PAD BLANCO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA ( WINZA )	4,050.0	4,050
1	PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA ( WINZA )	4,050.0	4,050
1	PAD ROJO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA ( WINZA )	4,050.0	4,050
2	PORTAMOPA HUMEDO METALICO M/FIERRO (WINZA)	3,500.0	7,000





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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	68,160
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	68,160
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	12,950
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,110

MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : OCHENTA Y UN MIL CIENTO DIEZ 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  
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

069219

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 132124

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.00	3,150
1	DESODORANTE LIQ. X SLTS FRUTAL WINZA-1500	9,675.00	9,675
8	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	1,550.00	12,400
6	MOPA HOGAR C/MANGO ( WINZA )	1,700.00	10,200
2	REMOVEDOR DE CERAS ENV.20 LTS. WINZA-092	18,000.00	36,000

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	71,425
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71,425
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	13,571
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	84,996
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS		

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

069218

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 132124

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	1,550.00	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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

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

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

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

1324

069217

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 132124

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MOPAS 24 HONZAS ALGODIYN	3,120.00	9,360

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : ONCE MIL CIENTO TREINTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 9,360  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 9,360  
 IVA 1,778  
 TOTAL FACTURA 11,138

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



069216

FECHA: 08-01-2014

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 02-01-2014 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
6	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.0	39,720

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	39,720
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,720
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	7,547
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,267

MONEDA: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTANTO: CUARENTA Y SIETE 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

069215

FECHA: 08-01-2014

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 02-01-2014 sírvase despachar

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


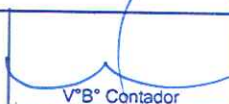
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	7,828
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	15,228
4	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,989.00	47,956
5	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	33,100
5	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,278.00	26,390

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	130,502
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	130,502
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	24,795
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	155,297
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

13-1

069214

FECHA: 08-01-2014

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 02-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	13,240

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : QUINDE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 13,240  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 13,240  
 IVA 2,516  
 TOTAL FACTURA 15,756

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

13-T

069213

FECHA: 08-01-2014

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 02-01-2014 sírvase despachar


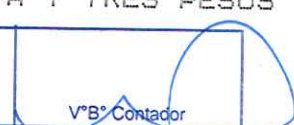
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.0	7,828
1	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.0	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	VALOR NETO	14,448
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,448
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	2,745
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,193
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : DIECISIETE MIL CIENTO NOVENTA Y TRES 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha <sup>1</sup> 02-01-2014 **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
sirvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,049.0	10,098
1	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS ( CAJA 18 PQS.)	13,195.0	13,195
4	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,680.0	26,720

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	50,013
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,013
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	9,502
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,515
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS QUINCE PESOS		

	
Emitido por	V*B* Contador

Solicitada por

V\*B\* presupuesto

PROVEEDOR

  
AUTORIZADOR

OBSERVACIONES:

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

069211

FECHA: 08-01-2014

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 02-01-2014 sírvase despachar

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

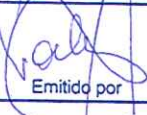
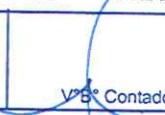
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	15,228
4	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	26,480

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	41,708
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,708
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	7,925
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,633

VALOR : CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069210

FECHA: 08-01-2014

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 02-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,049.00	30,294

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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	30,294
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,294
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	5,756
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,050
CONDICION : TREINTA Y SEIS MIL CINCUENTA PESOS		

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

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069209

FECHA: 08-01-2014

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 02-01-2014 sírvase despachar



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,989.00	23,978
3	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS ( CAJA 18 PQS.)	13,195.00	39,585

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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	63,563
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	63,563
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	12,077
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	75,640
CONDICIONES : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
CONDICIONES : SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS		

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 08-01-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.

De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en lugar Entrega \*\*  
de Fecha 06-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	FRESA DIAMANTE A/V CHAMPION 3833 BALON	1,320.00	2,640
3	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	8,900.00	26,700
3	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,900.00	26,700
21	ALGINATO JELTRATE PLUS RAPIDO 454 GRS	2,570.00	53,970
5	CONDENSADOR DE GUTAPERCHA 2/3	9,390.00	46,950
5	CONDENSADOR DE GUTAPERCHA 1/3	9,390.00	46,950
2	PAPEL ARTICULAR HERRADURA BICOLOR 12 L	2,700.00	5,400
10	PORTA DISCO P/M	370.00	3,700
1	FRESA PARA PROTESIS CON FRESARIO	50,390.00	50,390
3	ACIDO FLUORHIDRICO ( PARA SILANO PARA METAL )	2,600.00	7,800
7	PORTA CLAMPS EXTREMO BOLITA	4,240.00	29,680
3	FRESA GATES 1 MAILLEFER	6,530.00	19,590

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

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

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A=	VALOR NETO	320,470
ESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	320,470
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	60,889
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	381,359

MONEDA: TRESIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

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

de Fecha 06-01-2014 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 y/o servicios que se indican a continuación.

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SEDA DENTAL	870.00	870
5	RACE INSTRUMENTACION MECANIZADA	28,400.00	142,000
1	SILICONA PESADA COLTENE FRASCO 910 ML.	11,400.00	11,400
4	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	1,370.00	5,480

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

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR  
 ESTINO : CASA MARLIT  
 LAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO NOVENTA MIL CIENTO TRES PESOS

VALOR NETO 159,750  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 159,750  
 IVA 30,353  
 TOTAL FACTURA 190,103

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

9-1

069206

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

\*\* Despachar factura en lugar Entrega \*\*  
de Fecha 07-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	3,732
3	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N   4	504.00	1,512
1	HUINCHA LIJA CELULOIDE	420.00	420
3	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.00	9,075
1	COMPOSITE JERINGA Z-250 COLOR B2	10,504.00	10,504
2	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	1,596
1	LYNAL ACONDICIONADOR DE TEJIDO	29,832.00	29,832
1	GOMA DIQUE 6 x 6 VERDE	4,958.00	4,958
3	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714.00	17,142
1	FERMIN	4,034.00	4,034
1	MICROPILCELES DENBUR X 150 MORADO UDS.	3,445.00	3,445
13	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.00	12,012

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

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

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	98,262
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	98,262
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	18,670
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,932

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO DIECISEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069205

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 07-01-2014 Sirvase 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	SILANO PARA GRABADO METAL	20,000.00	40,000
2	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,639.00	3,278
2	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,437.00	24,874
7	SILICONA SPEEDEX SUIZO MEDIUM 140 ML	6,807.00	47,649
1	CEMENTO ENDODONTICO TOP SEAL DENSPLY	32,605.00	32,605
5	SILICONA SPEEDEX COLTENE SUIZO ACTIVADOR 60 ML	6,555.00	32,775
5	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	6,387.00	31,935

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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	213,116
ESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	213,116
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	40,492
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	253,608

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069204

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-01-2014 **\*\* Despachar factura en lugar Entrega \*\*** **\*\* Si vase despachar \*\***  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.00	1,750
1	BANDA MATRIZ 0.5	450.00	450
1	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.00	1,600
1	ENDO ICE	13,500.00	13,500
6	CONOS BUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	5,732.00	34,392
2	ALCOHOL DE QUEMAR X LTS.	1,200.00	2,400
2	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML	5,350.00	10,700
2	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	25,460
2	HIPOCLORITO 5%	991.00	1,982
2	TIJERA CIRUJIA	730.00	1,460
1	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.00	4,690
4	LIMAS K 10 EN 31 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	4,600.00	18,400
6	LIMAS K 06 EN 25 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	4,592.00	27,552
1	LIJA AL AGUA PLIEGO	730.00	730
2	GOMA DIQUE 5X5 VERDE	3,910.00	7,820
2	NATIVIP SURTIDAS CAL 29 GA. 20 COD 5116	21,500.00	43,000
2	GLIDE DENSPLY	23,200.00	46,400
10	PORTA DISCO SOFLEX	7,300.00	73,000
1	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	10,532
1	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.00	10,531
2	CERA ROSADA ECOCERA X 30 LAMINA	2,150.00	4,300
1	CEMENTO PARA RESINA CALIBRA DENTSPLY	15,130.00	15,130
1	BARNIZ FLUOR DURAPHAT COLGATE	13,750.00	13,750
20	BANDEJA PARA INSTRUMENTAL	1,050.00	21,000
3	TIJERA P/ENCIA RECTA 11 CM.	730.00	2,190
4	LIMAS K 10 EN 25 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	4,594.00	18,376
3	MONOJET ( JERINGAS DE IRRIGACION ) CAJ X 100	21,130.00	63,390
1	PERNO FIBRA DE VIDRIO RELIX POST FIBER 3M	95,300.00	95,300
1	PASTA PROFILACTICA	2,590.00	2,590

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

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

CUENTA	: 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	572,375
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	572,375
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	108,751
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	681,126

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO VEINTISEIS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Handwritten signature]*  
 AUTORIZADA POR

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

069203

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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

\*\* Despatchar factura en lugar Entrega \*\*  
de Fecha 08-01-2014

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

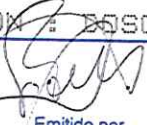
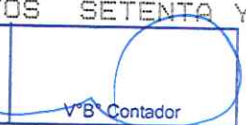
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	RETRACTOR GINGIVAL HILO		
1	RELYX U 100 A2 REFIL PACK	1,950.00	3,900
2	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	49,300.00	49,300
2	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	7,000
2	PROPATER SX	3,500.00	7,000
1	PROTAPER 25 MM. S2X6	21,299.00	42,598
2	PROTAPER 25 MM. S1X6	21,309.00	21,309
		23,258.00	46,516

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	177,623
DIRECCION DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	177,623
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	33,748
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	211,371

VALOR : DOSCIENTOS ONCE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509  
 Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

FECHA: 08-01-2014  
 Teléfono: 4666711

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-01-2014 \*\* 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. *Si vase despachar*


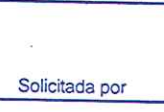
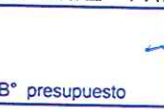
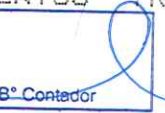
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	980.00	7,840
8	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 018	980.00	7,840
8	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 016	980.00	7,840
8	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	980.00	7,840
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	7,900.00	158,000

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	189,360
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	189,360
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	35,978
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	225,338

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

069201

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209  
 Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

\*\* Despachar factura en la fecha de Entrega \*\*  
 07-01-2014

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.


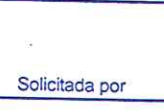
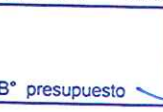
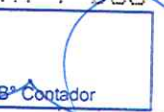
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO COLOR UNIVERSAL	12,437.00	24,874
300	VASO DESECHABLES	13.00	3,900
2	FERMIN	4,034.00	8,068
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714.00	5,714

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	42,556
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	42,556
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,086
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,642

MONTO : CINCUENTA MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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





ORDEN DE COMPRA  
069200

97

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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

de Fecha ~~06-01-2014~~ <sup>08-01-2014</sup> Despachar factura en la fecha de Entrega ~~06-01-2014~~ <sup>08-01-2014</sup> Si vase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PARAMONOCLORAFENOL		
1	LIGUIDO REVELADOR RX "REV. MANUAL"	4,690.00	4,690
2	HIPOCLORITO DE SODIO 4% LITRO	4,980.00	4,980
1	EUGENOL	990.00	1,980
		350.00	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 12,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 12,000  
 IVA 2,280  
 TOTAL FACTURA 14,280

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO: CATORCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209  
Dirección: SANTA MONICA 2349

FECHA: 08-01-2014  
Teléfono: 6719562

At: Sr. ENRIQUETA ANSUITA

\*\* Despachar factura en el día de Entrega \*\*  
de Fecha 07-01-2014 - si vase despachar

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

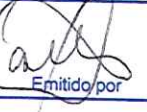

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	VASO DESECHABLES	13.00	26,000

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
ESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : TREINTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS

VALOR NETO 26,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 26,000  
IVA 4,940  
TOTAL FACTURA 30,940

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069198

9.1

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. <sup>1</sup>  
 De acuerdo a su cotización N° <sup>1</sup> de Fecha <sup>06-01-2014</sup> **\*\* 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. <sup>06-01-2014</sup> **si vasa despachar**

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	8,900.00	89,000
10	FRESA EXTRA LARGA DIAMANTE A/V 852 Ø10 MEISINGER	1,320.00	13,200
10	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,900.00	89,000
5	SEDA DENTAL	870.00	4,350

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	195,550
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	195,550
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	37,155
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	232,705

MONEDA: VOLE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO: DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209  
 Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 07-01-2014 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
5	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3,5	6,387.00	31,935
4	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP.BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714.00	22,856
10	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	7,980
5	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.00	15,125
5	FRESA 12 CUCHILLOS A/V MAILLEFER	2,017.00	10,085
12	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N   4	504.00	6,048
12	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N   5	504.00	6,048
5	CUBETAS CHICAS BLANCAS X 20 UD.	2,521.00	12,605
4	COMPOSITE JERINGA Z-250 COLOR B2	10,504.00	42,016
5	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,437.00	62,185
200	VASO DESECHABLES	13.00	26,000

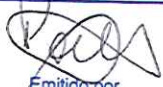
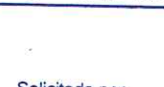
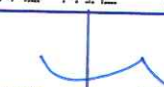

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	242,883
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	242,883
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	46,148
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	289,031

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TREINTA 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA  
069196

9.7

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407  
Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

FECHA: 08-01-2014  
Teléfono: 7999770

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 08-01-2014 Despachar factura en Lugar Entrega \*\* y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	63,650
10	BLOCK MEZCLA DYCAL	2,990.00	29,900
5	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.00	9,750
30	PINCELES	1,930.00	57,900
5	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.00	8,000
6	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350.00	122,100
2	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	7,000
4	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500.00	14,000
5	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.00	8,750
4	HIPOCLORITO 5%	991.00	3,964
5	AGUA OXIGENADA FCO 1 LTS	720.00	3,600
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.00	12,000
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 COLOR C.2	13,300.00	66,500
2	VITREMER PEDIATRICO	38,901.00	77,802
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 COLOR A.4	13,300.00	66,500

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 551,416  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO DESCUENTO 0.0 0  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 551,416  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611 IVA 104,769  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 656,185

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES: PROVEEDOR AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509  
 Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. <sup>1</sup>  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha <sup>06-01-2014</sup> **\*\* Despachar factura en su momento Entrega \*\***  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


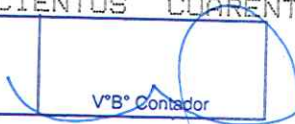
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	VISTA TEC - ULTRALIGHT	17,600.00	176,000

**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	176,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	176,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	33,440
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	209,440

MONTO: DOSCIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 08-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	980.00	29,400
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 010	980.00	29,400
15	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD REDONDA	1,370.00	20,550
15	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD LLAMA	1,370.00	20,550
15	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD BALA	1,370.00	20,550
2	ALICATE CIZAYA	7,800.00	15,600
20	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA ( AMARILLA ) 862-C-012	1,320.00	26,400
3	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	5,420.00	16,260
3	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A1	5,420.00	16,260

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 LAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 MONEDA : DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CATORCE PESOS

VALOR NETO 194,970  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 194,970  
 IVA 37,044  
 TOTAL FACTURA 232,014

Emitted por: [Signature]  
 Solicitada por: [Signature]  
 V\*B° presupuesto: [Signature]  
 V\*B° Contador: [Signature]

[Signature]  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

97

069193

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

de Fecha 07-01-2014 \*\* 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	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.00	9,240
2	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,437.00	24,874
300	VASO DESECHABLES	13.00	3,900
1	DYCAL ( MARCA DENTSPLY ) CAJA MORADA	5,714.00	5,714
10	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.00	12,440
5	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	798.00	3,990

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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	60,158
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	60,158
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,430
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	71,588
CONDICION : SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



069192

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 07-01-2014 sírvase despachar

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

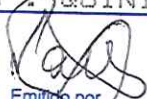
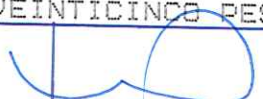
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	EYECTORES DE SALIVA BOL*100		
2,000	VASO DESECHABLES	1,244.00	24,880
40	TORULA ALGODON TRENZADA NEW STETIC 3.8 cms. x 0.95 cms.	13.00	26,000
		4,874.00	194,960
30	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.		
2	GELITA SOLA CJ/40	924.00	27,720
24	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) NII 5	8,067.00	16,134
6	AMPOLLETA PARA LAMPARA FOTOCURADO 3M	504.00	12,096
2	ALICATE UNIVERSAL	14,118.00	84,708
2	DYCAL ( MARCA DENTSPLY ) CAJA MORADA	4,034.00	8,068
20	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	5,714.00	11,428
		798.00	15,960

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

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

CUENTA	: 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	421,954
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	421,954
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	80,171
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	502,125

MON. QUINIENTOS DOS MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-01-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407  
 Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-01-2014 Despachar factura en el momento de la Entrega y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **\*\* Sirvase despachar \*\***

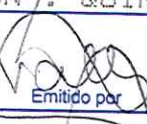

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOLUX COLOR A3	29,730.00	59,460
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.00	63,650
2	EUGENOL	350.00	700
3	RADIOGRAFIA DENTAL BITE - WIN ULTRA SPEER	36,680.00	110,040
3	RADIOGRAFIA DENTAL ADULTO ULTRA SPEER KODAK	20,350.00	61,050
1	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.00	4,690
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	31,596
12	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380.00	40,560
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.00	31,593
3	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.00	31,599

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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	434,938
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	434,938
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	82,638
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	517,576

MONTO: QUINIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

9-1

069190

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 06-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PELICULA RX BITE WING CJ*100	36,680.00	220,080
6	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350.00	122,100
3	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.00	31,599
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.00	31,596
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.00	31,593
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,130.00	30,390
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.00	4,500

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	471,858
ESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	471,858
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	89,653
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	561,511

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS ONCE PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	TUBO HEMOGARD PLUS LILA 3 ML. EDTA CJ/100	56.0	112,000
200	TUBO HEMOGARD TAPA AMARILLA SST II 3,5 ML. CJ/100 367957	77.0	15,400
500	TUBO HEMOGARD TAPA GRIS 4 ML. CJ/100	65.0	32,500
200	TUBO HEMOGARD PL ROJO 4 ML. C/ADIT. 367812 CJ/100	56.0	11,200
200	TUBO HEMOGARD TAPA CELESTE 2,7 ML. CJ/100	65.0	13,000


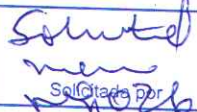
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 184,100  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 184,100  
 IVA 34,979  
 TOTAL FACTURA 219,079

MONTO : DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL SETENTA Y NUEVE PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

069188

FECHA: 08-01-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 0114

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 06-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BERODUAL P/NEBULIZACION	2,990.00	47,840

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 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 47,840  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 47,840  
 IVA 9,090  
 TOTAL FACTURA 56,930

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS

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

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA  
069187

9-1

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909  
Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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
4	CAPTOPRIL 25 MG.	660.00	2,640

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,640
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,640
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	502
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,142

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTON : TRES MIL CIENTO 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

069186

FECHA: 08-01-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 0114 de Fecha 06-01-2014 \*\* 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
70	BROTIZOLAM 0,25 MG ( NOCTILAN ENV.20 COMP. )	6,265.00	438,550

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	438,550
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	438,550
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	83,325
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	521,875

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : QUINIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069185

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 0114

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ZOPICLONA 7.5 MG X 100	2,000.00	100,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : CIENTO DIECINUEVE MIL PESOS

VALOR NETO 100,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 100,000  
 IVA 19,000  
 TOTAL FACTURA 119,000

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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





ORDEN DE COMPRA  
069184

9-1

Señor(es): PHARMA INVESTITI DE CHILE S.A. 945440007  
Dirección: ANDRES BELLO 1495

FECHA: 08-01-2014  
Teléfono: 3405856

At: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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
51	OLANZAPINA 10 MG X 30	3,570.00	182,070

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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 182,070  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 182,070  
IVA 34,593  
TOTAL FACTURA 216,663

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

Señor(es): SANDOFI-AVENTIS DE CHILE S.A. 922510008  
 Dirección: ANDRES BELLO 2711, P 12

FECHA: 08-01-2014  
 Teléfono: 3667083

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 0114 de Fecha 07-01-2014 **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	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

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA  
069182

9-1

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000  
Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

FECHA: 08-01-2014  
Teléfono: 5948521

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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
4	VENLAFAXINA 75 MG 1.000 COMP.	49,000.00	196,000
1	RISPERIDONA ( SPIRON ) 3MG. CAJAX100 COMP.	5,900.00	5,900
69	RISPERIDONA ( SPIRON ) 1MG. CAJAX60 COMP.	1,800.00	124,200
100	METILFENIDATO 10MG 30 COMP	5,500.00	550,000
25	LAMOTRIGINA 50MG.X500 COMP. (TRADOX)	12,000.00	300,000
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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,252,900
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,252,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	238,051
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,490,951

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

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

*[Handwritten Signature]*  
AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

9-1

069181

FECHA: 08-01-2014

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 Fecha 07-01-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 0114 y/o ejecutar, 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 - FONO: 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			
MONTAÑO : 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-01-2014

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 06-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.00	24,800
5	AUSENTRON 75 POR 30	8,500.00	42,500
59	TRITICO 100 MG	8,000.00	472,000
200	SERTRALINA 50 MG POR 30	440.00	88,000
76	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	145.00	11,020
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

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
DESTINO : CENTRO COSAM  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MON : UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CIENTO NOVENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 1,290,920  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 1,290,920  
IVA 245,275  
TOTAL FACTURA 1,536,195

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

9-5

069179

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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
120	ACIDO VALPROICO 250 MG. X 20 COMP.	6,800.00	816,000
1	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,700.00	5,700
300	QUETIAPINA 100 MG x 30	3,250.00	975,000
252	PAROXETINA 20 MG.	1,450.00	365,400
33	OMEPRAZOL 20MG. 30CA.	330.00	10,890

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,172,990
DIRECCION : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,172,990
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	412,868
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,585,858

MONTO : DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y - OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-01-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 0114

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 06-01-2014 sírvase despachar

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


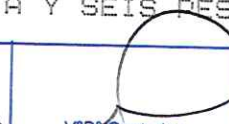
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
18	BERODUAL P/NEBULIZACION	2,990.00	53,820

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 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 : SESENTA Y CUATRO MIL CUARENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 53,820  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 53,820  
 IVA 10,226  
 TOTAL FACTURA 64,046

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069177

FECHA: 08-01-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

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

\*\* Despachar factura en lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 06-01-2014 si vase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	SPIRIVA X 30 CAP	24,420.00	97,680
388	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	1,028,200

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-  
 CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS VALOR NETO 1,125,880  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO DESCUENTO 0.0 0  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 1,125,880  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611 IVA 213,917  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 1,339,797  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

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



069176

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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

de Fecha <sup>0114</sup> 03-01-2014 <sup>0114</sup> Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 sírvase despachar

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


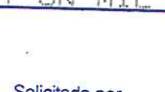
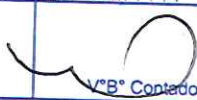
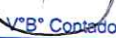
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	IBUPROFENO JBE. 200 MG por 25	16,250.00	32,500
3	BROMHEXINA JBE 4 MG/5ML por 25	9,250.00	27,750

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

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

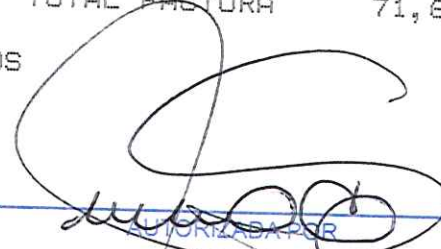
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	60,250
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	60,250
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	11,448
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	71,698

MONTO : SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

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

SERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

069175

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): LABORATORIO MAVER S.A. 921210000

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 ~~Despachar factura en lugar Entrega~~ ~~sin valse despachar~~ \*\*  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
53	AC. FOLICO 5 MG por 30	870.00	46,110

**LA FACTURA DEBE 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

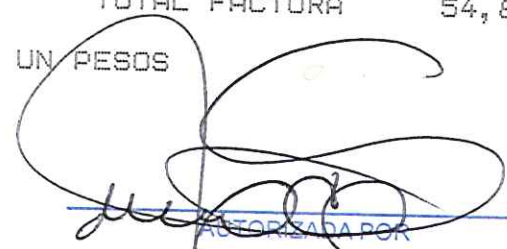
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	46,110
DIRECCION : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	46,110
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	8,761
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,871

MONTO : CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

  
 FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): LABORATORIOS SILEZIA S.A. 918710000  
Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

FECHA: 08-01-2014

Teléfono: 5948521

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

de Fecha **03-01-2014** Despachar factura en **Libro Entrega** \*\*  
sirvase despachar

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


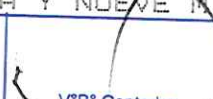
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
48	NITRENDIPINO 20 MG por 1000		
112	METFORMINA 850 MG por 1000	3,700.00	177,600
6	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	8,000.00	896,000
2	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,900.00	53,400
87	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	8,800.00	17,600
1	FLUCLOXACILINA 250 MG. X 25 FRASCOS	4,800.00	417,600
2	CLOTIMAZOL CREMA 0,01 por 50	25,000.00	25,000
1	CEFADROXILO 500 MG por 100	11,000.00	22,000
3	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	6,800.00	6,800
2	ATENLOLOL 100 MG por 1000	12,800.00	38,400
		8,900.00	17,800

**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 1,672,200  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO DESCUENTO 0.0 0  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 1,672,200  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611 IVA 317,718  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 1,989,918  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

ORDEN DE COMPRA

069173

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009  
 Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600  
 At.: Sr. 07-01-2014

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,660.00	10,640
7	OFTABIOTICO COLIRIO	2,580.00	18,060

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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 28,700  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO DESCUENTO 0.0 0  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 28,700  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611 IVA 5,453  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 34,153  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS

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

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es):  
 Dirección: LABORATORIOS RECALCINE S.A. 916370008  
 AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

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

de Fecha Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
27	ESTRADIOL 2 MG X 30 COMP	5,100.00	137,700

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

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

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

VALOR NETO 137,700  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 137,700  
 IVA 26,163  
 TOTAL FACTURA 163,863

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

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

*[Handwritten signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

069170

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha <sup>1</sup> 02-01-2014 **\*\* Despachar factura en lugar Entrega \*\***  
**Sírvase despachar**

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	16,900.00	33,800
5	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.00	41,000
1	METRONIDAZOL 500 MG por 1000 compr	44,350.00	44,350
3	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	875.00	2,625

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

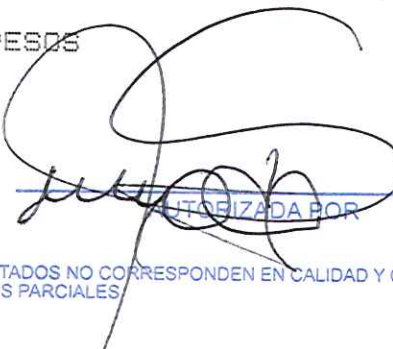
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	121,775
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	121,775
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	23,137
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	144,912

SON : CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS

 Emtido 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): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 **\*\* Despachar factura en lugar Entrega \*\*** **si vase despachar**  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	VASELINA LIQ. por 125ml	523.00	5,753
322	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	432.00	139,104

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	144,857
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	144,857
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	27,523
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	172,380

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

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



Señor(es): 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 06-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
790	SERTRALINA 50 MG POR 30 ✓	440.00	347,600
7	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,900.00	34,300
10	POLIVITAMINICO por 1000 -	19,000.00	190,000
1	PARACETAMOL 80 MG. POR 200	2,700.00	2,700
13	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000 ✓	8,900.00	115,700
1	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.00	5,500
6	LORATADINA 10 MG POR 1000	6,500.00	39,000
6	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	9,500.00	57,000
18	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	9,000.00	162,000
1	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	12,000.00	12,000
1	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,500.00	7,500
1	CONTRALMOR SUPOSITARIO	2,000.00	2,000
15	CLORANFENICOL SOLUC. OFTALMICO 0.5% X10.ML. X 1 FCO	1,200.00	18,000
130	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	767,000
1	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 250	42,000.00	42,000
11	ALPRAZOLAM 0,5 por 30	186.00	2,046

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	1,804,346
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,804,346
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	342,826
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,147,172

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO 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): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PROPANOLOL 40 MG por 1000	4,500.00	36,000
133	PAROXETINA 20 MG. x 30	1,450.00	192,850
1	NISTATINA 100.000 UI por 100 OV	8,122.00	8,122
7	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000	7,000.00	49,000
1	METRONIDAZOL 250 MG por 1000	13,000.00	13,000
21	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 100	5,100.00	107,100
1	LOPERAMIDA 2 MG por 1000	6,750.00	6,750
46	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	950.00	43,700
4	IBUPROFENO 400 MG por 1000	9,200.00	36,800
43	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	3,750.00	161,250
186	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	720.00	133,920
754	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	120.00	90,480
115	FLUCONAZOL 150 MG X 2 COMP.	378.00	43,470
186	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,140.00	212,040
1	FERRIGOT por 25	12,500.00	12,500
1	ERITROMICINA JBE. 200MG/ 5ML por 25	23,500.00	23,500
2	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	9,500.00	19,000
1	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	9,900.00	9,900
4	CLORANFENICOL UNG.OFT 1% por 1	850.00	3,400
1	CIPROFLOXACINO 500 MG por 1000	20,000.00	20,000
2	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	10,000.00	20,000
1	CAPTOPRIL 25 MG.	660.00	660
2	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,070.00	12,140
495	ATORVASTATINA 10 MG por 30	330.00	163,350
35	ATENOLOL 50 MG por 1000 <i>anulado x C.V.º1</i>	11,250.00	393,750
10	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,700.00	57,000
35	ALLOPURINOL 300 MG. 20 COMP.	450.00	15,750
72	AC. FOLICO 1 MG POR 30	290.00	20,880
2	AC. ASCORBICO 500 MG por 30	720.00	1,440

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,907,752
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,907,752
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	362,473
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,270,225

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

069166

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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


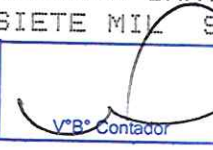
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	21,000.00	21,000
1	SAL REHIDRATAC ORAL 60 mEqX30SOB por 30	6,780.00	6,780
12	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	215.00	2,580
121	PARACETAMOL 500 MG por 1000	3,600.00	435,600
145	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	9,500.00	1,377,500
1	AC. ACETILSALICILICO 500 MG/ por 1000.	9,000.00	9,000
1	AC. ASCORBICO 100 MG por 100	1,500.00	1,500
14	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	5,000.00	70,000
6	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	15,000.00	90,000
117	ENALAPRILA 10 MG por 1000	1,600.00	187,200
2	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	15,000.00	30,000
7	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.00	16,100
75	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	637,500
150	ATORVASTATINA 20 MG. x 500 COMP.	11,000.00	1,650,000
50	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	180.00	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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	4,543,760
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,543,760
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	863,314
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,407,074

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SIETE MIL SETENTA Y CUATRO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF.74

Teléfono: 4227296

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha ~~03-01-2014~~ Despachar facturas en ~~libro~~ 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
29	PASTA LASAR 30 Grs.	390.00	11,310
245	BENGUE POMADA POTE 30grs	470.00	115,150


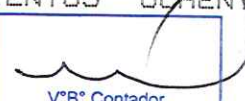
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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


CUENTA : 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 126,460  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 126,460  
IVA 24,027  
TOTAL FACTURA 150,487

SON : CIENTO CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA 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.

069164

FECHA: 08-01-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
330	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	874,500

**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	874,500
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	874,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	166,155
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,040,655

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : UN MILLON CUARENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

*[Handwritten Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

069163

FECHA: 08-01-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*** sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	COTRIMOXAZOL FORTE 800/160 POR 10	29,000.00	29,000
13	CLARITROMICINA 500 MG por 100	12,000.00	156,000
28	TROLIT CJ/21 CM.	3,800.00	106,400
21	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,700.00	77,700
21	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.00	100,800
1	FLUCLOXACILINA 250 MG. X 25 FRASCOS	25,000.00	25,000
10	DOMPERIDONA 10 MG por 1000	9,900.00	99,000

**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	593,900
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	593,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	112,841
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	706,741

SON : SETECIENTOS SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

069162

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 0114 de Fecha 07-01-2014 **\*\* 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
23	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,660.00	61,180
35	OFTABIOTICO COLIRIO	2,580.00	90,300

**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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	151,480
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	151,480
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,781
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	180,261

SON : CIENTO OCHENTA MIL DOSCIENTOS 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

069161

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 02-01-2014 **\*\* 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. **si vase despachar**


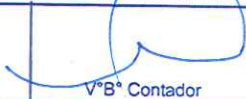
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.00	24,600
5	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	4,950.00	24,750

**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 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	49,350
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,350
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,377
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,727

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

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

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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





ORDEN DE COMPRA

069160

FECHA: 08-01-2014

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

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 0114 de Fecha 07-01-2014 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TIETILPERAZINA 6,5 MG	6,672.00	13,344

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	13,344
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,344
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,535
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,879

SON : QUINCE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

069159

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr. <sup>1</sup>  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha <sup>03-01-2014</sup> Despachar factura en Lugar Entrega <sup>si viese despachar</sup> \*\*  
 y/o ejecutar, 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/	VASELINA LIQ. por 125ml	523.00	26,150
112/	SACARINA 20MG/FCO 100 ML	432.00	48,384

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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	74,534
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,534
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,161
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,695

SON : OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069158

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

FECHA: 08-01-2014

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 06-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SERTRALINA 50 MG POR 30		
7	POLIVITAMINICO por 1000	440.00	5,720
1	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	19,000.00	133,000
12	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	9,500.00	9,500
13	CITALOPRAM 20 MG. POR 1000	3,100.00	37,200
12	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	30,000.00	390,000
		5,900.00	70,800

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

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

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

VALOR NETO 646,220  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 646,220  
IVA 122,782  
TOTAL FACTURA 769,002

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 Despachar factura en Lugar Entrega \*\* sírvase despachar

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CIPROFLOXACINO 500 MG por 1000	20,000.00	20,000
600	VASELINA SOLIDA 30gr	245.00	147,000
10	VASELINA SALICILADA 5%	590.00	5,900
10	VASELINA AZUFRADA 6%	590.00	5,900
450	TRIMEBUTRINO MALEATO 100MG X 20	380.00	171,000
42	TRAMAL GOTAS por 1	990.00	41,580
1	POLIVITAMINICO JBE por 25	14,300.00	14,300
2	METRONIDAZOL 250 MG por 1000	13,000.00	26,000
150	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	720.00	108,000
80	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,140.00	91,200
1	ERITROMICINA JBE. 200MG/ 5ML por 25	23,500.00	23,500
1	CAFADROXILO JARABE 250 MG por 25	22,950.00	22,950
15	ATENOLOL 50 MG por 1000	11,250.00	168,750
1	COTRIMOXAZOL JBE 40/200 por 25	13,000.00	13,000
2	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	10,000.00	20,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	879,080
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	879,080
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	167,025
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,046,105

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : UN MILLON CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO 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: 08-01-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	21,000.00	42,000
50	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	9,500.00	475,000
3	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	5,000.00	15,000
✓ 11	AC. ASCORBICO 100 MG por 100	1,500.00	16,500
✓ 1	AC. ACETILSALICILICO 500 MG/ por 1000	9,000.00	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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	557,500
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	557,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	105,925
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	663,425

SON : SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069155

FECHA: 08-01-2014

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF. 74

Teléfono: 4227296

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

de Fecha **03-01-2014** **Despachar factura en Lugar Entrega** **servirse despachar** \*\*

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
150	PASTA LASAR 30 Grs.	390.00	58,500
495	BENGUE POMADA POTE 30grs	470.00	232,650

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

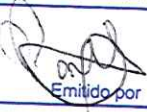
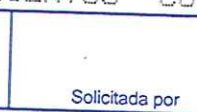
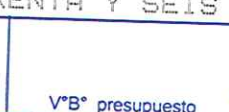

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

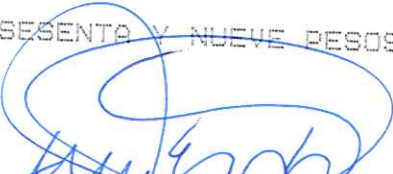
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 291,150  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 291,150  
 IVA 55,319  
 TOTAL FACTURA 346,469

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS

SESENTA Y NUEVE PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

servase despachar

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


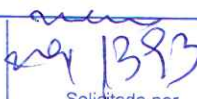

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PISO GIRATORIO CON RUEDAS TAPIZ COLOR GRIS	38,450.0	115,350

**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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 424259 ESTIMULO CESFAN	VALOR NETO	115,350
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	115,350
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	21,917
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	137,267

SON : CIENTO TREINTA Y SIETE 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.

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

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
3,000	HOJAS TAMANO CARTA CON LOGO	95.0	285,000
1,000	SOBRES TAMANO 20 x 28 CON LOGO	417.0	417,000
200	SOBRES TAMANO 30 x 35 CON LOGO	2,940.0	588,000
500	SOBRES TAMANO 38 x 48 CON LOGO	1,556.0	778,000
4	CAJAS FORMULARIO CONTINUO (FONASA)	41,000.0	164,000
1,000	TARJETAS RADIOLOGICAS	69.0	69,000
10	BLOCK 50/2 EXAMEN RADIOLOGICO EMBARAZADA	25,500.0	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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	2,556,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,556,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	485,640
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,041,640
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRES MILLONES CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS		

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA PDR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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° 15 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC. CON SABOR	430.00	5,160
18	COCA-COLA LIGTH 1500 CC POR UNIDAD	675.00	12,150
10	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GRS.	2,992.00	29,920
10	CAFE EN GRANO ENTERO	1,890.00	18,900
15	AZUCAR 1KG IANSA	563.00	8,445
18	AGUA MINERAL CACHANTUN 500 CC. CON SABOR	363.00	6,534
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC CON GAS	430.00	5,160

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 : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	86,269
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	86,269
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	16,391
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	102,660

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069151

FECHA: 06-01-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

de Fecha ~~03-01-2014~~ <sup>14</sup> 03-01-2014 ~~si vase despachar~~ Entrega \*\*

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PITILLA CONO	399.0	798

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	798
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	798
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	152
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : 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.

069150

FECHA: 06-01-2014.

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°

de Fecha ~~03-01-2014~~ <sup>06-01-2014</sup> Despachar factura en ~~luz~~ <sup>luz</sup> Entrega \*\*

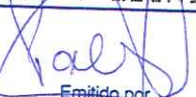

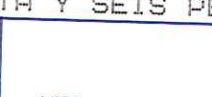

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CUCHILLO CARTONERO	150.0	450

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	450
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	450
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	86
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	536
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

13-1

069149

FECHA: 06-01-2014

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° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.0	8,988
6	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.0	9,480

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	18,468
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,468
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	3,509
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,977

SON : VEINTIUN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TINTA LDD 025	9,990.00	29,970
3	MASTER DUPLICADOR LDD 025	39,500.00	118,500

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	148,470
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	148,470
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	28,209
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	176,679

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

13-1

069147

FECHA: 06-01-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
52	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.0	82,160
6	PILAS AAA x 4	1,434.0	8,604

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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  
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CIENTO OCHO MIL NUEVE PESOS

VALOR NETO 90,764  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 90,764  
 IVA 17,245  
 TOTAL FACTURA 108,009

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	STICK FIX 40 gr. PRITT	650.0	11,050
14	SACA PUNTAS METALICO	96.0	1,344
13	SACA PUNTAS	52.0	676
1	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,251.0	4,251
9	REGLA 50 CM ALO	579.0	5,211
16	PEGAMENTO UNIVERSAL 33 ML. UHU	450.0	7,200
16	PEGAMENTO CONTACTO 50 ML. TRASPARENTE UHU	989.0	15,824
8	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.0	12,640
8	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.0	11,984
3	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND.	82.0	246
3	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	82.0	246
3	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	82.0	246
3	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	82.0	246
14	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	174.0	2,436
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.0	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.0	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.0	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.0	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.0	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.0	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.0	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.0	304
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	270.0	1,350
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	270.0	1,350
5	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	270.0	1,350
16	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	75.0	1,200
30	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	380.0	11,400
32	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	449.0	14,368
19	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	576.0	10,944

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	117,994
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	117,994
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	22,419
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	140,413

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO CUARENTA MIL CUATROCIENTOS TRECE 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.

069145

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

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

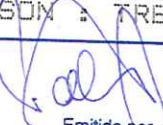
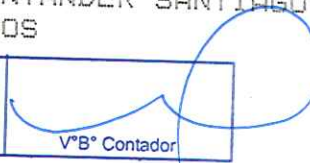
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	450.00	2,700

**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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SOM : TRES MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS

VALOR NETO 2,700  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 2,700  
 IVA 513  
 TOTAL FACTURA 3,213

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



069144

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405  
Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

FECHA: 06-01-2014

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

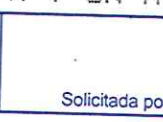

De acuerdo a su cotización N° 14 de Fecha 03-01-2014 **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **servase despachar**

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CUADERNO CON INDICE ABECEDARIO		
3	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	879.0	879
1	CORCHETERA TORRE B7	603.0	1,809
1	CORCHETERA TORRE B4		
2	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	5,193.0	5,193
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	3,291.0	3,291
11	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	689.0	1,378
4	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	76.0	532
1	CARPETA VINILICA TIPO CAJA	76.0	836
1	CARPETA VINIL CARTA FAST RHEIN	294.0	1,176
2	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE	644.0	644
2	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS AZUL	424.0	424
2	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	334.0	668
5	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	334.0	668
3	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	744.0	1,488
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	313.0	1,565
		455.0	1,365
		1,392.0	4,176

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	26,092
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,092
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	4,957
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,049
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SOM : TREINTA Y UN MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD 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° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	STICK FIX 40 gr. PRITT	650.0	5,850
7	SACA PUNTAS	52.0	364
4	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	238.0	952
4	POST IT CHICO AMARILLO higland	100.0	400
1	PORTA SCOTCH UNID.	520.0	520
1	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	599.0	599
1	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	233.0	233
1	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	488.0	488
7	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	230.0	1,610
7	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	230.0	1,610
7	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	230.0	1,610
7	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	187.0	1,309
14	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.0	22,120
14	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.0	20,972
4	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCGM 2MM DORADO	1,328.0	5,312
4	MARCADOR PERMANENTE MON-AMI HIGPER PUNTA BISCE LADA	230.0	920
1	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 361 15AZ	576.0	576
1	MAGIC CLIPER DISPENSADOR SELLOFFICE	364.0	364
1	MAGIC CLIPER DISPENSADOR 4 Y 6 MM. ADIX	830.0	830
1	LIBRO DE ACTAS 200 HOJAS ARON	1,996.0	1,996
2	LAPIZ UNI-BALL	445.0	890
7	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	92.0	644
7	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	103.0	721
18	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	103.0	1,854
7	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	81.0	567
14	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	174.0	2,436
7	FORRO PLASTICO CUADERNO UNIVERSITARIO TRANSP.	49.0	343
5	DESTACADOR VERDE	190.0	950
5	DESTACADOR NARANJO	190.0	950
2	DEDOS GOMA AZUL	39.0	78
1	CUADERNO GRADUADO CON ESPIRAL 100 HJS.MATEMAT.	298.0	298

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	78,366
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,366
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	14,890
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,256

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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.

069142

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	450.0	900
11	PAPEL CRAF PLIEGO	70.0	770
4	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	110.0	440
18	APRETAPAPEL CHICO x u	69.0	1,242



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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  
 DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR NETO 3,352  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 3,352  
 IVA 637  
 TOTAL FACTURA 3,989

VALOR NETO 3,352  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 3,352  
 IVA 637  
 TOTAL FACTURA 3,989

SON : TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE 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.

069141

FECHA: 06-01-2014

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° 14 de Fecha 03-01-2014 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\* sírvase despachar

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




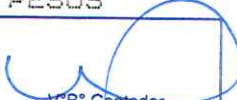
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	590.00	11,800
20	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	380.00	7,600
20	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	744.00	14,880
20	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	449.00	8,980
20	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	9,100
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	576.00	11,520

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	63,880
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	63,880
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	12,137
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	76,017

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SETENTA Y SEIS MIL DIECISIETE 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.

069140

FECHA: 06-01-2014

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° 14

de Fecha 03-01-2014 **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
sirvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	TIJERAS PUNTA ROMA		
12	STICK FIX 40 gr. PRITT	173.00	2,076
12	PEGAMENTO CONTACTO 50 ML. TRASPARENTE UHU	650.00	7,800
6	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	989.00	11,868
6	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	82.00	492
6	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	82.00	492
6	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	82.00	492
6	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	82.00	492
12	MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.	82.00	492
2	CORCHETERA BOSH	794.00	9,528
12	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	3,408.00	6,816
12	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	350.00	4,200
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	189.00	2,268
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	689.00	6,890
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	912
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.00	912
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	912
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	912
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.00	912
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	912
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	912
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	912
6	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	76.00	912
6	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	270.00	1,620
6	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORD PROARTE	270.00	1,620
12	CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.	270.00	1,620
24	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	184.00	2,208
6	CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO	145.00	3,480
6	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	123.00	738
6	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	123.00	738
6	CARPETA PLASTIFICADA CAFE C/ 2 BOLSILLO	123.00	738
6	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	123.00	738

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	76,352
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	76,352
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	14,507
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	90,859

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : NOVENTA MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE 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): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Teléfono: 9-0943329

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N° 4

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	450.00	9,000
2	PAPEL IMAGEN (PARA DIPLOMAS) COLOR PASTEL X 25 HOJAS	3,060.00	6,120
20	PAPEL CRAF PLIEGO	70.00	1,400

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	16,520
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,520
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	3,139
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,659

SON : DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 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.

069138

FECHA: 06-01-2014

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° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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


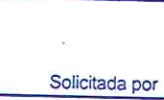
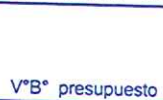
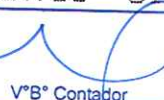
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TEMPERA 12 COLORES ARTEL		
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	343.00	1,029
24	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	230.00	2,760
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	230.00	5,520
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	1,580.00	31,600
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	3,219.00	3,219
1	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR NARANJO 500 HOJAS	1,498.00	29,960
1	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR ROSADO 500 HOJAS	6,906.00	6,906
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	4,430.00	4,430
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	43.00	430
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	103.00	1,030
2	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	103.00	3,090
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	735.00	1,470
1	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	189.00	1,890
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	862.00	862
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	1,520
50	CARPETA CARTULINA AZUL	76.00	1,520
8	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	56.00	2,800
6	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	987.00	7,896
		576.00	3,456

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	111,388
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	111,388
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	21,164
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	132,552

SON : CIENTO TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
 De acuerdo a su cotización N° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,156.00	4,312
30	DVD-RW IMATION 4.7 GB 16X	471.00	14,130
12	PLUMON PARA MARCAR CD NEGRO	113.00	1,356


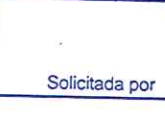
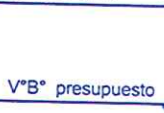

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	19,798
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 19,798
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA 3,762
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 23,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 13

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	335.0	335

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	335
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	335
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	64
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	399

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

069135

FECHA: 06-01-2014

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° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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


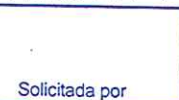


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
26	CD VERBATIM R GRABABLE	301.0	7,826
3	MASTER RISO CZ 180	19,561.0	58,683
6	MOUSE CON SCROLL USB	2,149.0	12,894
3	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,800.0	14,400
4	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	1,926.0	7,704
3	TINTA RISO CZ 180 BLACK	4,460.0	13,380

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	114,887
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 114,887
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA 21,829
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 136,716

SON : CIENTO TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS 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.

FECHA: 06-01-2014

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° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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

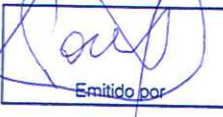
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	1,926.0	7,704
4	MOUSE CON SCROLL USB	2,149.0	8,596
26	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	335.0	8,710
26	CD VERBATIM R GRABABLE	301.0	7,826

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC.	ADMINIVATOR NETO	32,836
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	32,836
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	6,239
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,075

SON : TREINTA Y NUEVE MIL SETENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069133

FECHA: 06-01-2014

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° 3

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SOBRES PARA CD	38.0	228


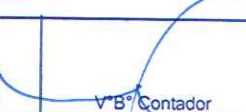
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	228
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	228
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	43
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	271

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS 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.

FECHA: 06-01-2014

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° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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


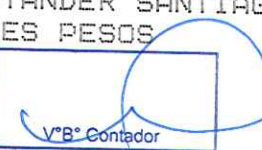
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	1,926.0	3,852
1	PLUMON PARA MARCAR CD NEGRO	113.0	113
1	PAPEL FOTOGRAFICO PLUS (IMPRESORA) X 20 HOJAS	3,201.0	3,201
2	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,800.0	9,600
1	MOUSE CON SCROLL PS2	1,925.0	1,925
2	LECTO GRABADOR DVD 52X INTERNO	2,216.0	4,432
2	DVD-RW IMATION 4.7 GB 16X	471.0	942
1	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,156.0	2,156

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	26,221
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 26,221
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA 4,982
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 31,203

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

069131

FECHA: 06-01-2014

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° 3

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PUNTERO LASER	4,290.00	4,290
1	PAPEL IMPR. H.P. 51634Y PREMIUM/200H/986 200 H OJAS	4,990.00	4,990
1	LIMPIADOR LECTOR CD KENSINGTON	10,990.00	10,990

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	20,270
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 20,270
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA 3,851
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 24,121

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SEN : VEINTICUATRO MIL CIENTO VEINTIUN PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069130

FECHA: 06-01-2014

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° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,156.00	6,468

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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	6,468
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,468
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	1,229
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,697

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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.

069129

FECHA: 06-01-2014

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° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	225.00	1,800
8	CD VERBATIM GRABABLE	171.00	1,368

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	3,168
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA
	3,770

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TRES MIL SETECIENTOS SETENTA 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.



FECHA: 06-01-2014

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° 13 de Fecha 03-01-2014 **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
sirvase despachar

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


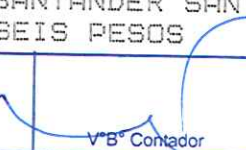
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	335.00	6,700
20	CD IMATION GRABABLE	177.00	3,540

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	10,240
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 10,240
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 1,946
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 12,186

SON : DOCE MIL CIENTO OCHENTA Y SEIS PESOS

 Emite 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.

FECHA: 06-01-2014

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° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 24 - 23X89 6000 UND.	19,122.00	19,122
20	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	225.00	4,500
3	CINTA IMPRESORA OKI MICROLINE 420 TURBO	3,824.00	11,472

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	35,094
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,094
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	6,668
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	41,762

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA 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.

FECHA: 06-01-2014

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° 12

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DIF CREMA X 750 CC	710.00	2,840
4	COLOR GEL	625.00	2,500
4	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980.00	3,920
4	JABON LIQ. YERDEN DOSIFICADOR 340 C.C.	493.00	1,972
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	649
4	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	5,160

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO

DESTINO : CASA MARLIT

PLAZO ENTREGA : 24 HORAS

LUGAR ENTREGA : MARLIT 542

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 17,041  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 17,041  
IVA 3,238  
TOTAL FACTURA 20,279

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,690.00	26,760
500	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	7.00	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 factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	30,260
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,260
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	5,749
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,009
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y SEIS MIL NUEVE PESOS		

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 06-01-2014

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° 12

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980.00	5,880
3	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	5,961
3	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	3,870

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	15,711
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,711
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	2,985
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,696

SON : DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA 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): 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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TOALLA NOVA 4 RDLLOS	1,400.00	9,800

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

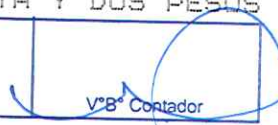
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-


CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 9,800  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 9,800  
 IVA 1,862  
 TOTAL FACTURA 11,662

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON Y ONCE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-01-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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
5	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980.00	4,900
4	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,250.00	21,000
10	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	12,900
4	RENOVADOR DE GOMA PARA AUTOMOVIL KIT 440 CC.	1,290.00	5,160
4	SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.	1,650.00	6,600

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	51,980
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,980
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,876
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	61,856

SON SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

OBSERVACIONES:

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,690.00	401,400
5	JABON LIQ, X 5LTS	3,400.00	17,000
10	ESPONJA P/ LOZA	100.00	1,000
10	CLORO X LITRO	330.00	3,300

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 422,700  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 422,700  
IVA 80,313  
TOTAL FACTURA 503,013

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : QUINIENTOS TRES MIL 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.



FECHA: 06-01-2014

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° 12

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CIF CREMA X 750 CC	710.00	8,520
10	COLOR GEL	625.00	6,250
24	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	33,384
24	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC ROSA FLORES	3,490.00	83,760
48	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	1,500.00	72,000
12	GUANTES GOMA 7 1/2	490.00	5,880
24	INSECTICIDA RAID	1,983.00	47,592
12	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498.00	5,976
5	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	5,500.00	27,500
12	KLENZO X 500 GRS	366.00	4,392
20	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	12,980
100	TOALLA NOVA	319.00	31,900

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	340,134
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	340,134
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	64,625
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	404,759

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE 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.

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
48	CLORO X LITRO	330.00	15,840
10	JABON LIQ, X 5LTS	3,400.00	34,000
30	ESPONJA BONDRIL	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	56,140
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	56,140
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,667
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	66,807

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SOM : SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS 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.

069118

FECHA: 06-01-2014

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° 12 de Fecha 03-01-2014 Despachar facturas y/o servicios despachar Entrega \*\*

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	BOLSA BASURA 50X70		
6	BOLSA BASURA 80X110	194.00	1,164
6	CIF CREMA X 750 CC	600.00	3,600
3	COLOR GEL	710.00	4,260
3	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC LAVANDA	625.00	1,875
3	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.POLAR POETT	3,490.00	10,470
3	DETERGENTE OMO 400 KGS	1,131.00	3,393
6	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	695.00	2,085
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. AMARILLA	749.00	4,494
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. AZUL	235.00	235
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. NEGRA	235.00	235
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. ROJA	235.00	235
1	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. VERDE	235.00	235
6	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	235.00	235
3	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	649.00	3,894
3	LISOFORM AEROSOL	2,999.00	8,997
3	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	1,290.00	3,870
3	MOPA FIBRA 16	626.00	1,878
6	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	1,668.00	5,004
6	PANOS ESPONJA	131.00	786
6	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	375.00	2,250
9	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	870.00	5,220
		1,127.00	10,143

LA FACTURA DEBE 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	74,558
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,558
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	14,166
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,724

SON : OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS 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.

069117

FECHA: 06-01-2014

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°

de Fecha <sup>2</sup> 03-01-2014 <sup>2</sup> Despachar factura en Lugar Entrega <sup>2</sup> \*\* sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	699.0	2,097
3	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.0	4,200
6	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,690.0	40,140
1	LAVALOZAS X 5 LTS	3,200.0	3,200
3	COLOR X 5 LTS	1,100.0	3,300
6	BONBRIL	210.0	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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	54,197
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	54,197
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	10,297
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	64,494

SOM : SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

	
Emitido por	V°B° Contador

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-01-2014

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° 12

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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

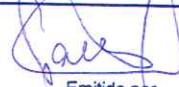



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,570.0	14,280
26	BOLSA BASURA 80X120	1,189.0	30,914
10	CIF CREMA X 750 CC	710.0	7,100
8	CORO GEL	625.0	5,000
5	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	3,578.0	17,890
5	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.0	6,955
4	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC AQUAMARI	3,490.0	13,960
4	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC AZUL MAR COR	3,490.0	13,960
4	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC MAGNOLIA	3,490.0	13,960
4	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. ACQUA MARINE AIR WICK	688.0	2,752
3	DETERGENTE OMO 400 KGS	695.0	2,085
1	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	9,000.0	9,000
4	ESCOBILLON PARA LIMPIAR TAZA DE WC	479.0	1,916
2	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.0	568
5	GUANTES GOMA 7 1/2	490.0	2,450
2	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.0	2,400
1	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	5,500.0	5,500
2	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.0	1,298
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,999.0	17,994
2	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,346.0	2,692
1	LUSTRA MUEBLES X 5 LTS	6,590.0	6,590
5	PANO AMARILLO	140.0	700
5	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	435.0	2,175
2	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.0	1,740
5	PLUMILLA LIMPIA VIDRIOS	1,237.0	6,185
5	REPUESTO MOPA CHICA 16	1,734.0	8,670
26	SERVILETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.0	6,084
5	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,127.0	5,635
26	VASOS PLASTICOS 300 CC.	13.0	338
26	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	14.0	364

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	211,155
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	211,155
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	40,119
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	251,274

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

069115

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	699.0	3,495
2	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.0	2,800
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	3,180.0	3,180
1	LAVALOZAS X 5 LTS	3,200.0	3,200
5	ESPONJA VIRUTEX	210.0	1,050
4	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	4,991.0	19,964
8	COLORO X 5 LTS	1,100.0	8,800

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 42,489  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 42,489  
 IVA 8,073  
 TOTAL FACTURA 50,562

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CINCUENTA MIL QUINIENTOS SESENTA 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.

069114

FECHA: 06-01-2014

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° 12

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

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

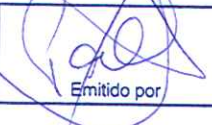
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	2,085.0	8,340
4	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	626.0	2,504
3	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,999.0	8,997
13	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.0	8,437
4	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	5,500.0	22,000
13	PANO AMARILLO	140.0	1,820
4	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872.0	7,488
6	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,224.0	7,344
4	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	4,341.0	17,364
2	GLASSEX RECARGA	673.0	1,346
4	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.0	7,948
2	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,776.0	7,552
4	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.0	1,136
1	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	9,000.0	9,000
1	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,125.0	2,125
2	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	864.0	1,728
13	CIF CREMA X 750 CC	710.0	9,230
9	BOLSA BASURA 50X90	380.0	3,420
9	BOLSA BASURA 80X120	1,189.0	10,701
9	BOLSA BASURA 80X110	600.0	5,400
9	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	428.0	3,852
1	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,570.0	3,570
2	PAPEL ALUMINIO	366.0	732
2	ANTIGRASA X 500 ML	638.0	1,276
2	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.0	2,364
2	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	349.0	698
4	PANOS SACO CON OJAL	475.0	1,900
4	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.0	3,480
4	PLUMERO	388.0	1,552
43	VASOS PLASTICOS 300 CC.	13.0	559
21	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	14.0	294
2	VIRUTILLA FINA PARA PISOS	375.0	750
4	VIRUTILLA P/OLLAS S. BRITE	454.0	1,816

**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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	166,723
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	166,723
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	31,677
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	198,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS

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

 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

069113

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

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

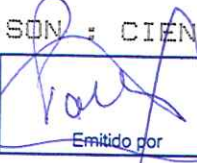
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	699.0	6,291
5	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	6,690.0	33,450
4	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.0	5,600
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	3,180.0	3,180
2	ESPONJA VIRUTEX	210.0	420
3	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	2,150.0	6,450
2	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	4,991.0	9,982
6	CLORO X 5 LTS	1,100.0	6,600
13	BASURERO P/SALAS MEDIANO	3,590.0	46,670
3	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.	590.0	1,770

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	120,413
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	120,413
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	22,878
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	143,291

SON : CIENTO CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

  
FACTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 06-01-2014

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° 12

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	14.0	364
26	VASOS PLASTICOS 300 CC.	13.0	338
1	REPUESTO MOPA FIBRA 24 ONZAS	1,729.0	1,729
1	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,250.0	5,250
1	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	9,000.0	9,000
2	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980.0	1,960
4	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.0	5,564
1	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	2,838.0	2,838

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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	27,043
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,043
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	5,138
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,181

SON : TREINTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA 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.

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	699.0	2,796
1	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	6,690.0	6,690
6	SILICONA EN BARRA PARA PISTOLA	150.0	900
1	DISPENSADOR DE JABON METALICO	11,990.0	11,990
1	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	8,100.0	8,100
3	BASURERO REDONDO C/TAPA 17 LTS 45X26	4,290.0	12,870

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	43,346
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,346
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	8,236
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,582

SON : CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

069110

FECHA: 06-01-2014

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° 12

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VIRUTILLA FINA PARA PISOS	375.0	375
7	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,127.0	7,889
4	SACA ZARRO FRASCO	1,743.0	6,972
6	REPUESTO MOPA CHICA 16	1,734.0	10,404
4	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	169.0	676
4	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 20 WATTS	169.0	676
7	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	131.0	917
4	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	390.0	1,560
7	PANO AMARILLO	140.0	980
4	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	416.0	1,664
2	MOPA SECA C/MANGO METAL 80 CM.	7,800.0	15,600
6	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	626.0	3,756
4	LISOFORM AEROSOL	1,290.0	5,160
4	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,999.0	11,996
4	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.0	2,596
1	INSECTICIDA RAID	1,983.0	1,983
6	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	490.0	2,940
6	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.0	1,704
1	DISPENSADOR TOALLA NOVA	29,876.0	29,876
4	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.0	5,564
9	COLOR GEL	625.0	5,625
7	CIF CREMA X 750 CC	710.0	4,970
18	BOLSA BASURA 80X110	600.0	10,800
18	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	428.0	7,704
2	ALCOHOL EN GEL 1 LITRO	2,350.0	4,700
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.0	1,182

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	148,269
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	148,269
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	28,171
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	176,440

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SOM: CIENTO SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS 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.

069109

FECHA: 06-01-2014

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 de Fecha 03-01-2014 **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*** sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	SECADOR DE VIDRIO COMPLETO DE 45 CM. WINKLER	9,990.00	29,970
6	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	699.00	4,194
3	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	699.00	2,097
3	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	699.00	2,097
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	3,180.00	3,180
1	LAVALOZAS X 5 LTS	3,200.00	3,200
1	EXTENCION TELESCOPICA WINKLER	7,990.00	7,990
4	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	2,150.00	8,600
6	COLOR X 5 LTS	1,100.00	6,600
11	BASURERO REDONDO C/TAPA 17 LTS 45X26	4,290.00	47,190
4	BASURERO 80 LTS.	9,990.00	39,960

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	155,078
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,078
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	29,465
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,543

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

  
AUTORIZADA POR

FECHA: 06-01-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	14.00	1,400
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	13.00	1,300
2	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	9,000.00	18,000
2	DESENGRASANTE X 5 LTS	3,570.00	7,140

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	27,840
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,840
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	5,290
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,130

SON : TREINTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 NOVA 4 ROLLOS	1,400.00	16,800
24	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	2,500.00	60,000
2	LAVALOZAS X 5 LTS	3,200.00	6,400
2	JABON LIQ, X 5LTS	3,400.00	6,800
12	ESPONJA VIRUTEX	210.00	2,520
2	COLORO X 5 LTS	1,100.00	2,200

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	94,720
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	94,720
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	17,997
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	112,717

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DOCE MIL SETECIENTOS DIECISIETE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069106

FECHA: 06-01-2014

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° 12

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	1,404
15	PANO AMARILLO	140.00	2,100
5	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	416.00	2,080
6	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	626.00	3,756
3	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,346.00	4,038
4	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,999.00	11,996
3	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	1,947
6	ISOPO PARA W.C. PLASTICO C/RECIPIENTE	489.00	2,934
4	GUANTES CORRIENTE LATEX VIRUTEX TALLA M M/USO	487.00	1,948
8	GUANTES AMARILLO TALLA L	262.00	2,096
3	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,776.00	11,328
2	DISPENSADOR TOALLA NOVA	29,876.00	59,752
2	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,250.00	10,500
10	CIF CREMA X 750 CC	710.00	7,100
5	BOLSA BASURA 120X130	2,439.00	12,195
6	BOLSA BASURA 50X90	380.00	2,280
4	BOLSA BASURA 80X110	600.00	2,400
6	BOLSA BASURA 50X70	194.00	1,164
2	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,026.00	4,052

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	145,070
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	145,070
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	27,563
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	172,633

SON : CIENTO SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-01-2014

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

de Fecha **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	699.00	5,592
15	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,400.00	21,000
5	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,690.00	33,450
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	3,180.00	3,180
1	JABON LIQ, X 5LTS	3,400.00	3,400
6	ESPONJA P/ LOZA	100.00	600
3	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	3,990.00	11,970
15	CLORO X 5 LTS	1,100.00	16,500
4	BASURERO P/SALAS MEDIANO	3,590.00	14,360

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	110,052
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	110,052
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	20,910
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	130,962

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA MIL NOVECIENTOS SESENTA 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 12 de Fecha 03-01-2014 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
sirvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	4,680
20	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	17,400
10	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	390.00	3,900
10	PANO AMARILLO	140.00	1,400
5	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	626.00	3,130
10	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,346.00	13,460
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,245
4	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,776.00	15,104
10	CLORO GEL	625.00	6,250
10	AMPOLLETA 40 WATT	175.00	1,750
10	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,026.00	20,260

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	90,579
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	90,579
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	17,210
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	107,789

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,690.00	100,350

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	100,350
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	100,350
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	19,067
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	119,417

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SDN : CIENTO DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE 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: 06-01-2014

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° 12

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TRAPERO DOBLE C/OJAL	598.00	1,794
5	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	2,330
5	GUANTES CORRIENTE LATEX VIRUTEX TALLA M M/USO	487.00	2,435
20	BOLSA BASURA 50X70	194.00	3,880

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	10,439
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,439
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	1,983
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,422

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SEN : DOCE MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	699.00	4,194
10	ESPONJA BONDRIL	210.00	2,100
10	CLORO X LITRO	330.00	3,300



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

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

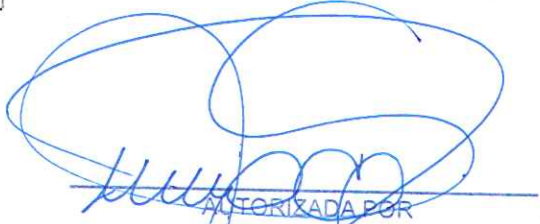
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 9,594  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 9,594  
IVA 1,823  
TOTAL FACTURA 11,417

SON : ONCE MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 06-01-2014

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° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE		
2	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	364.00	364
4	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	369.00	738
50	FUNDAS PLASTICAS CARTA	249.00	996
50	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	15.00	750
4	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	18.00	900
4	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES	870.00	3,480
	ALO	108.00	432
4	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	844

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	8,504
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,504
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,616
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,120

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SEN : DIEZ MIL CIENTO 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 BURDEO	913.00	9,130
20	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	159.00	3,180
6	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	3,798
20	CLIPS GRANDE 80 MM.	421.00	8,420
6	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	1,036.00	6,216
4	DESTACADOR AMARILLO	180.00	720
1	FECHADOR 4MM.	2,000.00	2,000
20	FUNDAS PLASTICAS CARTA	15.00	300
20	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	360
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	89.00	2,670
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	89.00	1,780
1	PAPEL ALTA CALIDAD EPSON 100 HOJAS	5,260.00	5,260
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.00	14,980
5	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.00	7,900
1	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,890.00	1,890
4	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,188.00	12,752
1	PORTA LAPIZ ACRILICO	1,151.00	1,151
3	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	238.00	714
3	SACA CORCHETE PALANCA	181.00	543
4	SACA PUNTAS METALICO	96.00	384
2	STICK FIX 40 gr. UHU	558.00	1,116
11	TACO CALENDARIO GRANDE	948.00	10,428
1	TAMPON N°2 AZUL TALINAY PLASTICO 5X1	618.00	618
2	TIJERAS GRANDE	608.00	1,216

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	97,526
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	97,526
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	18,530
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,056

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISEIS MIL 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.

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PORTA ORIGINALES 40X50 CON BROCHE	8,990.00	8,990
1	CUCHILLO CARTONERO	150.00	150

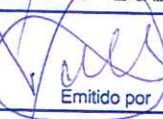

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA  
 DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 9,140  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 9,140  
 IVA 1,737  
 TOTAL FACTURA 10,877

SON : DIEZ MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	233.00	2,097
2	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	2,229.00	4,458
1	PORTA SCOTCH UNID.	978.00	978
1	PORTA TACO CALENDARIO GRANDE	1,425.00	1,425
1	PORTA TACO CALENDARIO CHICO	881.00	881
11	POST IT CHICO AMARILLO higland	100.00	1,100
10	POST IT GRANDE AMARILLO higland	248.00	2,480
22	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	238.00	5,236
1	REGLA METALICA X 50 CM.	975.00	975
3	REGLA 50 CM ALO	579.00	1,737
10	ROLLO DE ESPERA DE PUBLICO DIFERENTES COLORES X 3000 NUM	1,294.00	12,940
6	SACA CORCHETE PALANCA	181.00	1,086
6	SACA PUNTAS METALICO	96.00	576
10	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	870.00	8,700
4	SEPARADOR CARTULINA CARTA 6 POSIC. 3 COLORES ALO	108.00	432
32	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN JUEGO	630.00	20,160
2	SEPARADOR OFICIO MENSUAL J60.	598.00	1,196
1	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	240.00	240
2	STICK FIX 40 gr. PRITT	618.00	1,236
5	STICK FIX 40 gr. UHU	558.00	2,790
2	TACO CALENDARIO CHICO	629.00	1,258
2	TACO CALENDARIO GRANDE	948.00	1,896
1	TARJETERO VINILICO PARA 100 TARJETAS	455.00	455
6	TIJERAS GRANDE	608.00	3,648
3	TINTA CHINA	242.00	726
1	TIRITAS PARA VISORES RHEIN 250 UNID. COLORES SURTIDOS	283.00	283
1	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM TRANSPARENTES	498.00	498

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	79,487
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	79,487
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,103
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	94,590

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

Emitido por

Solicitada por

V\*B\* presupuesto

V\*B\* Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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
22	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	89.00	1,958
7	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	417.00	2,919
9	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	417.00	3,753
2	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	544.00	1,088
2	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 NEGRO	544.00	1,088
30	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	25.00	750
1	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO BEIGE	369.00	369
2	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	369.00	738
1	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANGOSTO OFICIO BEIGE	398.00	398
12	MARCADOR ROPA M10 AZUL	666.00	7,992
10	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	666.00	6,660
1	MARCADOR ROPA M10 ROJO	666.00	666
12	MARCADOR ROPA M10 VERDE	666.00	7,992
1	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR AMARILLO 500 HOJAS	4,430.00	4,430
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.00	74,900
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.00	63,200
30	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID.	475.00	14,250
3	PEGAMENTO CONTACTO 50 ML. TRASPARENTE UHU	1,044.00	3,132
1	PERFORADOR GRANDE cangaro	3,064.00	3,064
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,188.00	6,376
2	PILAS AAA x 4	1,578.00	3,156
2	PINCHA PAPELES	451.00	902
2	PLUMON PERMANENTE AMARILLO PILOT	210.00	420
6	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	210.00	1,260
6	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	200.00	1,200
2	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	198.00	396
4	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NARANJO PILOT	198.00	792
4	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VERDE	198.00	792
4	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VIOLETA PILOT	198.00	792
5	PLUMON POST MARKER 30 MM. NEGRO	3,699.00	18,495
1	PLUMON POST MARKER 30 MM. ROJO	3,699.00	3,699
1	PLUMON POST MARKER 30 MM. VERDE	3,699.00	3,699
5	PORTA BANDERITA DE COLORES	1,366.00	6,830
4	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	450.00	1,800



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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	249,956
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	249,956
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	47,492
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	297,448

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

CUARENTA Y OCHO PESOS

	
Emitido por	V*B* Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-01-2014

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° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.00	1,520
5	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.00	1,845
2	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	732.00	1,464
6	CLIPS GRANDE 80 MM.	421.00	2,526
1	CLIPS MAGICOS 50 UD. PLATEADO 4.8 MM.ADIX CAJA	467.00	467
1	CORCHETERA ALO	2,203.00	2,203
1	CORCHETERA BOSH	3,490.00	3,490
6	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	249.00	1,494
13	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	618.00	8,034
5	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	1,036.00	5,180
1	CUADERNILLO MATEMATICAS	52.00	52
2	CUADERNO GRADUADO CON ESPIRAL 100 HJS.MATEMAT.	320.00	640
8	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	293.00	2,344
23	DESTACADOR AMARILLO	180.00	4,140
15	DESTACADOR CELESTE	180.00	2,700
15	DESTACADOR NARANJO	180.00	2,700
16	DESTACADOR ROSADO	180.00	2,880
13	DESTACADOR VERDE	180.00	2,340
1	DISPENSADOR NALP CLIP 4 Y 6 MM. ADIX	810.00	810
2	ELASTICO X KILO	2,376.00	4,752
5	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM AMARILLA	578.00	2,890
5	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM VERDE CLARO	578.00	2,890
1	FORRO PLASTICO CUADERNO UNIVERSITARIO TRANSP.	49.00	49
1	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	241.00	241
20	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	360
9	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	78.00	702
14	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	81.00	1,134
40	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	103.00	4,120
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	103.00	3,090
6	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	103.00	618
29	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	89.00	2,581

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	70,256
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,256
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,349
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,605

SON : OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-01-2014

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	1,094.00	6,564
57	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913.00	52,041
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,323.00	7,938
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP DELESTE	1,323.00	2,646
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP NEGRO	1,323.00	1,323
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,323.00	2,646
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323.00	2,646
2	ARCHIVADOR PALANCA 1/2 OFICIO	621.00	1,242
2	ARCHIVADOR PALANCA OFICIO COLON	787.00	1,574
1	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS	3,800.00	3,800
2	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040.00	4,080
4	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,348.00	5,392
2	BLOCK APUNTES PREPICADO 7 MM 80 HOJAS COLON	570.00	1,140
3	BLOCK BORRADOR	516.00	1,548
3	BORRADOR FISCAL OFICIO	369.00	1,107
1	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	749.00	749
2	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	724
1	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	372.00	372
9	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190.00	1,710
3	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	132.00	396
5	CALENDARIO GRANDE	948.00	4,740
1	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,977.00	5,977
6	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	336
1	CARPETA FUELLE OFICIO	1,560.00	1,560
8	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	123.00	984
2	CARPETA VINILICA TIPO CAJA	373.00	746
6	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	399.00	2,394
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.00	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	304
4	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	304
27	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	17,091
1	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	862

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	135,544
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	135,544
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	25,753
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	161,297

SON : CIENTO SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

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

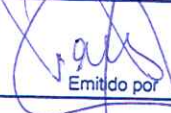

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	PLUMON OHP M AZUL	500.00	4,000
3	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	609.00	1,827
2	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA VERDE	200.00	400
2	CUCHILLO CARTONERO	150.00	300
1	BASE TACO CALENDARIO	1,390.00	1,390
2	ABRE CARTA	790.00	1,580
4	TIJERAS PUNTA ROMA	160.00	640
4	PLUMON POST MARKER 30 MM. AZUL	5,574.00	22,296
4	PLUMON OHP M ROJO	500.00	2,000
4	PLUMON OHP M NEGRO	500.00	2,000

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	36,433
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,433
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,922
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,355

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

FECHA: 06-01-2014

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° 11 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	498.00	4,980

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	4,980
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,980
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	946
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,926

SON : CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405  
Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

FECHA: 06-01-2014

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	GOMA DE BORRAR STAEDTLER		
100	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	78.00	3,900
50	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	81.00	8,100
20	LAPIZ PARA MARCAR CD	84.00	4,200
250	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	127.00	2,540
250	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	103.00	25,750
250	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	103.00	25,750
50	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	103.00	25,750
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO	417.00	20,850
50	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	417.00	4,170
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	417.00	20,850
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,498.00	74,900
20	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,580.00	79,000
50	PILAS AAA x 4	3,188.00	63,760
30	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	1,578.00	78,900
10	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	200.00	6,000
20	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	198.00	1,980
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	239.00	4,780
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	239.00	2,390
20	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	239.00	2,390
20	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	233.00	4,660
20	POST IT CHICO AMARILLO higland	2,229.00	44,580
20	POST IT GRANDE AMARILLO higland	100.00	2,000
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	248.00	4,960
50	REGLA 30 CM CRISTAL	238.00	4,760
10	SACA PUNTAS METALICO	90.00	4,500
6	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	96.00	960
30	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	870.00	5,220
10	SEPARADOR OFICIO MENSUAL J60.	630.00	18,900
5	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	598.00	5,980
50	STICK FIX 40 gr. UHU	240.00	1,200
150	TACO BLANCO 9X9 CM.	558.00	27,900
10	TIRITAS PARA VISORES RHEIN 250 UNID. COLORES S URTIDOS	211.00	31,650
		283.00	2,830

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 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	616,060
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	616,060
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	117,051
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	733,111

SON : SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO ONCE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

069090

FECHA: 06-01-2014

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° 11 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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
24	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	1,850.00	44,400
10	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	1,094.00	10,940
20	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913.00	18,260
50	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,323.00	66,150
30	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP NEGRO	1,323.00	39,690
20	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,323.00	26,460
20	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323.00	26,460
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	4,860
200	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	115.00	23,000
50	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	125.00	6,250
20	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	424.00	8,480
20	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439.00	8,780
50	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	159.00	7,950
50	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	31,650
50	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.00	9,500
50	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	369.00	18,450
50	CLIPS GRANDE 80 MM.	421.00	21,050
24	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T.AZUL PEGAFIX	492.00	11,808
30	CORCHETERA TORRE B4	3,455.00	103,650
50	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	618.00	30,900
30	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	293.00	8,790
20	DESTACADOR AMARILLO	180.00	3,600
20	DESTACADOR CELESTE	180.00	3,600
20	DESTACADOR NARANJO	180.00	3,600
20	DESTACADOR ROSADO	180.00	3,600
20	DESTACADOR VERDE	180.00	3,600
3	ELASTICO X KILO	2,376.00	7,128
10	FORMULARIO MEMORANDUM DUPLICADO	490.00	4,900
30	FUNDAS PLASTICAS CARTA	15.00	450
30	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	558,496
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	558,496
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	106,114
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	664,610

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS 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: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TIJERAS PUNTA ROMA	160.00	1,600
20	CUCHILLO CARTONERO	150.00	3,000
50	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	345.00	17,250


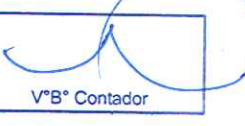
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039


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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	21,850
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,850
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,152
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,002

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISEIS MIL DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA de Fecha 03-01-2014 Despachar factura en Juan Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 11 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
28	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	89.0	2,492
11	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	89.0	979
2	LIBRO DE ACTAS 400 HOJAS ARON	4,119.0	8,238
28	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	25.0	700
11	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.0	473
17	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,580.0	26,860
17	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,498.0	25,466
6	PEGAMENTO UNIVERSAL 125 ML. UHU	1,325.0	7,950
11	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,404.0	26,444
11	PILAS AAA x 4	1,578.0	17,358
28	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	239.0	6,692
28	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	239.0	6,692
6	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	239.0	1,434
11	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	238.0	2,618
6	REGLA 30 CM ALO	114.0	684
3	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,251.0	12,753
6	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	240.0	1,440
3	TIJERAS GRANDE	608.0	1,824

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	151,097
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	151,097
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	28,708
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,805

SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 11 de Fecha 03-01-2014 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
si viese despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.0	5,346
11	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	589.0	6,479
11	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436.0	4,796
11	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	320.0	3,520
6	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	115.0	690
6	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	72.0	432
6	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.0	2,172
11	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	72.0	792
17	CARPETA CARTULINA AZUL	56.0	952
17	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	123.0	2,091
6	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	151.0	906
6	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	184.0	1,104
6	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	399.0	2,394
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.0	456
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.0	456
6	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.0	3,798
6	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.0	1,140
6	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.0	2,214
3	COLA FRIA X KILO	1,953.0	5,859
6	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	1,036.0	6,216
6	DESTACADOR AMARILLO	180.0	1,080
114	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.0	2,052
28	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	89.0	2,492


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	61,997
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	61,997
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	11,779
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	73,776

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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	LIBRO DE SALIDA ( IMPRESIONES LORENA ) 100 HJS	14,500.0	14,500
3	DILUYENTE DUCCO BIDON 5 LTS.	8,110.0	24,330

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	38,830
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,830
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	7,378
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,208

SON : CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS 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 CORRESPONDEREN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-01-2014

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° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

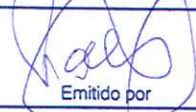
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	11,430.0	22,860
8	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.0	11,984
8	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.0	12,640
1	PERFORADOR MEDIANO cangaro	1,978.0	1,978
1	PERFORADOR PARA 25 HOJAS	1,390.0	1,390
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,188.0	3,188
13	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	418.0	5,434
13	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.0	5,434
13	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.0	5,434
13	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.0	5,434
3	SACA CORCHETE PINZAS	132.0	396
5	TACO CALENDARIO GRANDE	948.0	4,740

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	80,912
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80,912
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	15,373
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	96,285

SON : NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	APRETAPAPEL MEDIANO	37.0	296
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,323.0	1,323
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,323.0	1,323
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323.0	1,323
1	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	129.0	129
4	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	364.0	1,456
1	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.0	362
3	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	980.0	2,940
1	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,700.0	4,700
26	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	56.0	1,456
3	CARPETA PLASTIFICADAS CON BUSANO	151.0	453
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.0	3,165
1	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.0	190
1	CLIPS MEDIANO X KG	1,938.0	1,938
4	CORCHETERA BOSH	3,490.0	13,960
4	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	618.0	2,472
1	CUADERNILLO MATEMATICAS	52.0	52
1	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	293.0	293
1	DEDOS GOMA ROJO	45.0	45
5	DESTACADOR AMARILLO	180.0	900
1	ELASTICO X KILO	2,376.0	2,376
26	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.0	468
8	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	78.0	624
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	7,119.0	7,119
13	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	81.0	1,053
39	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	103.0	4,017
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	103.0	1,339
4	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	417.0	1,668
4	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO	417.0	1,668
4	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	417.0	1,668
1	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE NEGRO DOBLE PUNTA 36 115NG	290.0	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	61,066
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	61,066
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	11,603
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	72,669

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CUCHILLO CARTONERO	150.0	150
1	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALD	410.0	410

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	560
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	560
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	106
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	666

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V*B° presupuesto	 V*B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR  


OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	732.0	6,588
9	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.0	3,321
9	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	369.0	3,321
4	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.0	3,448
4	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.0	2,532
13	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	72.0	936
4	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.0	1,448
4	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	563.0	2,252
4	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490.0	1,960
4	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	148.0	592
4	PINCEL GERMAN 101 N° 11	143.0	572
4	PINCEL GERMAN 101 N° 5	98.0	392
4	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	288.0	1,152
2	PEGAMENTO LA GOTITA	1,184.0	2,368
9	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.0	387
9	PAPEL CRAF PLIEGO	43.0	387
43	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	25.0	1,075
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	103.0	1,339
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	103.0	1,339
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	103.0	1,339
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	7,739.0	7,739
9	SACA PUNTAS METALICO	96.0	864
4	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	185.0	740
13	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	78.0	1,014
2	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT AZUL	241.0	482
4	DEDOS GOMA AZUL	39.0	156
4	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	293.0	1,172
13	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	618.0	8,034

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	56,949
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	56,949
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	10,820
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,769
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SDN : SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

*[Handwritten Signature]*  
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

13-1

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


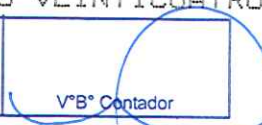
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LIBRO DE SALIDA ( IMPRESIONES LORENA ) 100 HJS	14,500.0	29,000
4	CUCHILLO CARTONERO	150.0	600

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	29,600
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	5,624
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,224

SON : TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO 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.



069080

FECHA: 06-01-2014

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° 11 de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


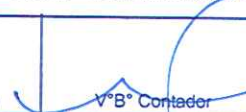
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
14	DESTACADOR BIC AMARILLO	252.0	3,528
4	DEDOS GOMA AZUL	39.0	156
4	CUADERNO OFICIO CUADRICULADO TORRE	2,936.0	11,744
15	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	618.0	9,270
6	CORCHETERA TORRE B7	5,550.0	33,300
6	CORCHETERA TORRE B4	3,455.0	20,730
1	CLAVADORA SWINGLUE MOD 101 METAL	7,082.0	7,082
13	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	732.0	9,516
30	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.0	5,700
30	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.0	25,860
14	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.0	8,862
13	CD SONY REGRABABLE	365.0	4,745
6	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	151.0	906
6	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	159.0	954
65	CARPETA CARTULINA AZUL	56.0	3,640
4	CAJAS PARA ARCHIVADOR OFICIO EUROBOX	802.0	3,208
14	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190.0	2,660
13	CAJA EUROBOX Nro.2	789.0	10,257
1	CAJA TERMOLAMINADO HEATSEAL DE 9" X 14.5"	9,100.0	9,100
6	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 53/8 INDUSTRIAL NOVUS	4,578.0	27,468
14	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	72.0	1,008
14	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	115.0	1,610
13	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	129.0	1,677
14	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	320.0	4,480
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323.0	7,938
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP NEGRO	1,323.0	7,938
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,323.0	7,938
8	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,323.0	10,584

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	241,859
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	241,859
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	45,953
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	287,812

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS 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.

FECHA: 06-01-2014

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° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MARCADOR CD SHARPIE NEGRO 19501NG	160.0	160
1	TIJERAS 8.0 20.32 CM. MUNDIAL 437-8	6,700.0	6,700
13	TIJERAS GRANDE	608.0	7,904
3	TACO CALENDARIO GRANDE	948.0	2,844
6	SACA CORCHETE PINZAS	132.0	792
13	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	238.0	3,094
3	PORTA SCOTCH UNID.	978.0	2,934
3	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	2,229.0	6,687
14	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	233.0	3,262
14	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.0	5,852
14	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.0	5,852
14	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	418.0	5,852
6	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	198.0	1,188
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,188.0	3,188
14	PERFORADOR MEDIANO cangaro	1,978.0	27,692
8	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.0	12,640
8	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.0	11,984
1	MICA OFICIO 50 UND. GRIS	1,390.0	1,390
1	MICA CARTA 50 UND. GRIS	1,343.0	1,343
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	11,430.0	11,430
16	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	25.0	400
6	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,204.0	7,224
6	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,204.0	7,224
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	89.0	1,157
14	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	103.0	1,442
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	103.0	3,090
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	103.0	3,090
65	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.0	1,170
13	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILO T	1,104.0	14,352
13	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	1,104.0	14,352
1	ESPIRAL 50 MM. 25 UD.	3,150.0	3,150
1	ESPIRAL 29 MM. NEGRO 200 HJS. ( 25 U. ) IBICO	2,900.0	2,900
4	DESTACADOR NARANJO	180.0	720

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	183,059
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	183,059
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	34,781
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	217,840
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOSCIENTOS DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

	
Emitido por	V*B* Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 IMAGEN (PARA DIPLOMAS) COLOR PASTEL X 25 HOJAS	3,060.0	3,060
13	FORRO PLASTICO TEXTO SANTILLANA TRANSPARENTE	120.0	1,560
12	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	490.0	5,880

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	10,500
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,500
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	1,995
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,495

SON : DOCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V*B° presupuesto	V*B° Contador

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

13-T

069077

FECHA: 06-01-2014

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° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	4,598
11	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	4,598
11	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	418.00	4,598
4	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	210.00	840
3	PILAS AAA x 4	1,578.00	4,734
1	PAQUETE SOBRE OFICIO CAFE	1,955.00	1,955
11	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,580.00	17,380
11	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.00	16,478
11	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	473
4	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCGM 2MM DORADO	1,135.00	4,540
1	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCS 1 MM FIN	1,135.00	1,135
1	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,297.00	1,297

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - 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	62,626
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	62,626
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	11,899
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	74,525

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS 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  
O COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-01-2014

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	81.0	891
11	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	78.0	858
1	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	263.0	263
4	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	618.0	2,472
2	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	249.0	498
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.0	532
2	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,751.0	3,502
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.0	532
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.0	532
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.0	532
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.0	532
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.0	532
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.0	532
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.0	532
7	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.0	532
2	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	749.0	1,498
2	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	364.0	728
2	CAJA BROCHES METALICOS	352.0	704
4	BORRADOR PARA PIZARRA MAGNETICA	329.0	1,316
2	BLOCK APUNTES PREPICADO 7 MM 80 HOJAS COLON	570.0	1,140
2	BATERIA VARTA 9 VOLTS	1,500.0	3,000
2	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,348.0	2,696
9	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913.0	8,217
3	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UND. DURACELL	1,600.0	4,800
3	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,188.0	9,564
2	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,404.0	4,808
2	PILAS CR 2032 3 VOL	168.0	336
1	VISORES PORTALEYENDA TORRE 50 UNIDADES	964.0	964
2	TACO CALENDARIO GRANDE	948.0	1,896
11	STICK FIX 40 gr. UHU	558.0	6,138
4	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	238.0	952
4	POST IT GRANDE AMARILLO higland	248.0	992
4	POST IT CHICO AMARILLO higland	100.0	400
1	PORTA BANDERITA DE COLORES	1,366.0	1,366

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	64,787
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	64,787
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	12,310
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	77,097
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SETENTA Y SIETE MIL 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.

069075

FECHA: 06-01-2014

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 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TIJERAS PUNTA ROMA	160.0	800
1	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	1,990.0	1,990
2	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	345.0	690
1	CAJA ACCO CLIPS METALICO 50 UNID.	725.0	725

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	4,205
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,205
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	799
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,004
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCO MIL 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.

FECHA: 06-01-2014

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° 11 de Fecha 03-01-2014 \*\* 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	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	417.00	4,170
10	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	424.00	4,240
20	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	115.00	2,300
10	FUNDAS PLASTICAS CARTA	15.00	150
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.00	1,900
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,323.00	7,938
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	6,330
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,323.00	7,938
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,323.00	13,230
40	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913.00	36,520
10	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439.00	4,390
5	LAPIZ PARA MARCAR CD	127.00	635
10	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	18.00	180
18	TACO CALENDARIO GRANDE	948.00	17,064
50	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	108.00	5,400
50	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	870.00	43,500
24	POST IT CHICO AMARILLO higland	100.00	2,400
5	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	239.00	1,195
5	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	239.00	1,195
5	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	239.00	1,195
5	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	239.00	1,195
3	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,188.00	9,564
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,498.00	44,940
3	MAGIC CLIPER 4.8 MM. CLIP METALICO 50UD. SELLO OFICE	444.00	1,332

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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	218,901
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	218,901
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	41,591
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	260,492

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-01-2014 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PORTA CLIPS UNID.	31.00	62
3	MAGIC CLIPER DISPENSADOR SELLOFFICE	100.00	300
5	CUCHILLO CARTONERO	150.00	750

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	1,112
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,112
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	211
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,323

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MIL TRESCIENTOS VEINTITRES PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:



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° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	399.0	3,990
60	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	151.0	9,060
50	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE	330.0	16,500
50	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS AZUL	330.0	16,500
60	CARPETA CARTULINA AZUL	56.0	3,360
10	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	612.0	6,120
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	372.0	3,720
50	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	72.0	3,600
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.0	3,620
10	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436.0	4,360
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.0	4,860
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913.0	9,130

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	84,820
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	84,820
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	16,116
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	100,936

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 03-01-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	498.00	996
5	TIJERAS GRANDE	608.00	3,040
25	TACO CALENDARIO GRANDE	948.00	23,700
10	STICK FIX 40 gr. UHU	558.00	5,580
10	SACA PUNTAS METALICO	96.00	960
10	REGLA 30 CM CRISTAL	90.00	900
10	REGLA 20 CM. TRANSPARENTE	56.00	560
5	PUSH PINS X 100 UND.	369.00	1,845
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	238.00	2,380
10	POST IT GRANDE AMARILLO highland	248.00	2,480
4	PORTA SCOTCH UNID.	978.00	3,912
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	418.00	4,180
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	239.00	2,390
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	239.00	2,390
6	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,188.00	19,128
60	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,498.00	89,880
20	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,580.00	31,600
20	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	860
10	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	25.00	250
20	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,204.00	24,080
20	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,204.00	24,080
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	78.00	3,900
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	15.00	1,500
1	ESPIRAL 14 MM. NEGRO 100 HJS. ( 50 U. )	1,590.00	1,590
5	DESTACADOR ROSADO	180.00	900
5	DESTACADOR NARANJO	180.00	900
5	DESTACADOR CELESTE	180.00	900
5	DESTACADOR AMARILLO	180.00	900
5	DEDOS GOMA ROJO	45.00	225
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	293.00	2,930
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	618.00	6,180
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	190.00	1,900

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	267,016
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	267,016
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	50,733
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	317,749

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS DIECISIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA 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.



ORDEN DE COMPRA  
069064

16-T

FECHA: 06-01-2014

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 de Fecha 03-01-2014 **\*\* 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	TIJERAS PUNTA ROMA	160.0	1,600
3	TALONARIO VALES POR	200.0	600
10	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	69.0	690
10	DOBLE CLIP NEGRO GRANDE	170.0	1,700

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 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	4,590
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,590
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	872
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,462

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA 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  
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): NOVARTIS CHILE S.A. 83002400K

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

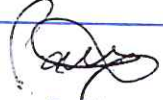
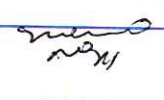
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	LEPONEX 100 MG. x 30 COMPRIMIDOS	31,395.0	125,580

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	125,580
DESTINO	: CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	125,580
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	23,860
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	149,440

MONTO : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS

 Emtido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): 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

sírvase despachar


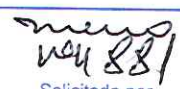
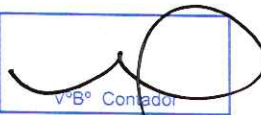
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	4 EQUIPOS SPLIT MURD MIDEA (ANWO) 9.000 BTU R2 2 PARA BOX 22, 23, 24, y 25, Y 1 EQUIPO SPLIT MURD MIDEA (ANWO) 12.000 BTU R22 PARA BOX 26.	1,679,517.0	1,679,517

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	1,679,517
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,679,517
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	319,108
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,998,625
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO 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

9-T

069061

FECHA: 03-01-2014

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

sírvase despachar


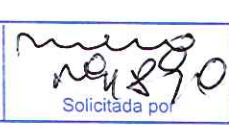
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	2 UNIDADES AIRE SPLIT MURO MIDEA (ANWO) 18.000 BTU R22 CON INSTALACION, 2 SOPORTES Y SUMINISTROS ELECTRICOS.	1,082,689.0	1,082,689

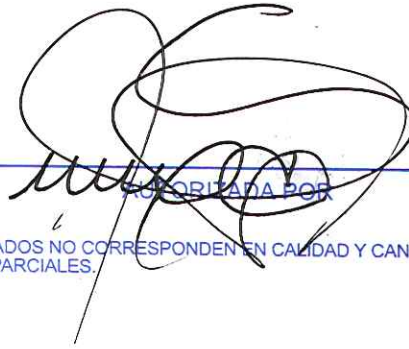
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	1,082,689
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,082,689
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	205,711
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,288,400
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : UN MILLON DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
SOLICITADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 03-01-2014

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN; S. A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

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.




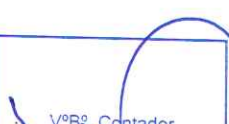
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	ALCOHOL DESNAT. 70   FRASCO x 1 LT (CAJA x 12)	1,278.0	30,672
20	GUANTE DE PROCED. VINILO TALLA "M" (CAJA x 100)	1,400.0	28,000
200	MARIPOSA O SCALP VEIN 236 x 3/4 (CAJA x 100)	40.0	8,000
2,000	PARCHE CURITAS (CAJA x 100)	7.0	14,000

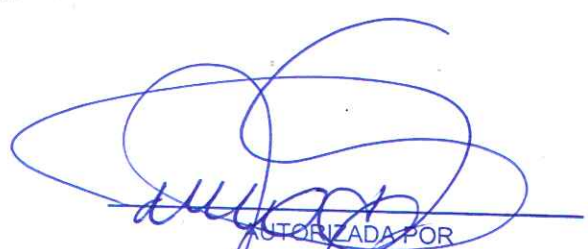
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 LAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : NOVENTA Y SEIS MIL PESOS

VALOR NETO 80,672  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 80,672  
 IVA 15,328  
 TOTAL FACTURA 96,000

Emiteo por  Solicitada por  V°B° presupuesto  V°B° Contador 

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

069025

FECHA:

02-01-2014

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°

de Fecha de despachar facturas en lugar de despachar Entrega \*\*

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TRASLADO FUNCIONARIOS T PERSONAL 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 - FON: 720 6000 - FAX: 720 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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): WILUG LTDA. 798944002

Dirección: PEDRO AGUIRRE CERDA 865

Teléfono:

At.: Sr.: CARLA HERRERA T.  
 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	MANTENCION DE EXTINTOR PQS ABC DE 6 KG.	4,800.0	14,400

**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 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS  
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONEDA : DIECISIETE MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 14,400  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 14,400  
 IVA 2,736  
 TOTAL FACTURA 17,136.

 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.

FECHA: 03-01-2014

Señor(es): WILUG LTDA. 798944002

Dirección: PEDRO AGUIRRE CERDA 865

Teléfono:

At.: Sr.: CARLA HERRERA T.

**\*\* 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.

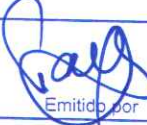
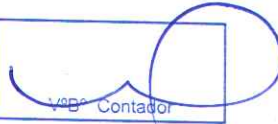
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MANTENCION DE EXTINTOR PQS ABC DE 6 KG.	4,800.0	4,800

**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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS  
 DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : CINCO MIL SETECIENTOS DOCE PESOS

VALOR NETO 4,800  
 DESCUENTO 0.0  
 SUB-TOTAL 4,800  
 IVA 912  
 TOTAL FACTURA 5,712

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-1

069022

FECHA: 03-01-2014

Señor(es): WILUG LTDA. 798944002

Dirección: PEDRO AGUIRRE CERDA 865

Teléfono:

At.: Sr.: CARLA HERRERA T.  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MANTENCION DE EXTINTOR PQS ABC DE 6 KG.	4,800.0	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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS	VALOR NETO	4,800
EXTINTOR : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	912
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,712
VALERE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CINCO MIL SETECIENTOS DOCE PESOS		

		V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	--	------------------	---------------

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.



ORDEN DE COMPRA

7-1

069021

FECHA: 03-01-2014

Señor(es): WILUG LTDA. 798944002

Dirección: PEDRO AGUIRRE CERDA 865

Teléfono:

At.: Sr. CARLA HERRERA T.

**\*\* 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	MANTENCION DE EXTINTOR PQS ABC DE 6 KG.	4,800.0	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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS	VALOR NETO	4,800
DESTINO	: MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,800
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	912
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,712
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CINCO MIL SETECIENTOS DOCE PESOS

		V°B° presupuesto	
--	--	------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

7-1

069020

FECHA: 03-01-2014

Señor(es): WILUG LTDA. 798944002

Dirección: PEDRO AGUIRRE CERDA 865

Teléfono:

At.: Sr. CARLA HERRERA T.  
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	MANTENCION DE EXTINTOR PQS ABC DE 6 KG.	4,800.0	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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422102 MANT. Y REPAR. EQUIPOS  
 DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : CINCO MIL SETECIENTOS DOCE PESOS

VALOR NETO 4,800  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 4,800  
 IVA 912  
 TOTAL FACTURA 5,712

		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): WILUG LTDA. 798944002

Dirección: PEDRO AGUIRRE CERDA 865

Teléfono:

At.: Sr. CARLA HERRERA T.

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

servase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	MANTENCION DE EXTINTOR PQS ABC DE 6 KG.	4,800.0	24,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS  
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA  
 LAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

VALOR NETO 24,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 24,000  
 IVA 4,560  
 TOTAL FACTURA 28,560

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Costador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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-I

069018

FECHA: 03-01-2014

Señor(es): GRAFICA PUBLICITARIA LIMITADA 761256327

Dirección: AGUSTINAS 1442, TORRE B OF/1005

Teléfono:

At.: Sr. R. CIFUENTES  
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	SILLA DE ESCRITORIO RUDY ALTA PIVOTAL	43,000.0	430,000
1	ENVIO A DOMICILIO EN SANTIAGO	5,000.0	5,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	435,000
DESTINO	: CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 5.0	21,750
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	413,250
LUGAR ENTREGA	: RIO LOA 8350	IVA	78,518
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	491,768

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
250	CALENDARIO MURAL 35 x 40 EN COUCHE BRILLANTE 4 /4 COLOR, ANILLO DOBLE CERO	4,680.0	1,170,000
150	CALENDARIO TRIANGULAR DE ESCRITORIO, 14 x 21, BASE CARTULINA BLANCO/300 COUCHE, ANILLO DOBLE CERO 21 CM.	3,980.0	597,000
1,500	CHAPITAS DE 5,5 DE DIAMETRO A TODO COLOR	380.0	570,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424245 PROGRAMA VALORES Y VIRTUDES	VALOR NETO	2,337,000
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,337,000
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	444,030
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,781,030
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			

MONTO : DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL TREINTA PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

*[Signature]*  
PROVEEDOR

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): COMERCIAL A Y B S.A. 965609008

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

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	SUERO ANTI A, FRASCO x 10 ml.	3,700.0	3,700
1	SUERO ANTI B, FRASCO x 10 ml.	3,700.0	3,700
1	SUERO ANTI AB MONOCIONAL, FRASCO 10 ml.	3,700.0	3,700

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
DESTINO : LABORATORIO BASICO  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TRECE MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS

VALOR NETO 11,100  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 11,100  
IVA 2,109  
TOTAL FACTURA 13,209

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 LINSAN S.A. 805283009

Dirección: PEDRO DE VALDIVIA 3078

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.



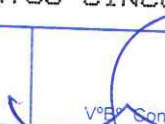
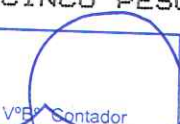
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MEDIO CITRATO SIMMONS 12 x 120 BOLSA x 30 TUBOS	9,900.0	9,900
1	MEDIO UREA CHRISTENSEN 12 x 120 BOLSA x 30 TUBOS	9,900.0	9,900
1	MEDIO LIA 12 x 120 BOLSA x 30 TUBOS	9,900.0	9,900
1	MEDIO MIO 12 x 120 BOLSA x 30 TUBOS	9,900.0	9,900
1	MEDIO TSI 12 x 120 BOLSA x 30 TUBOS	9,900.0	9,900

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS

VALOR NETO	49,500
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	49,500
IVA	9,405
TOTAL FACTURA	58,905

Entregado por:   
 Solicitada por:   
 V°B° presupuesto:   
 V°B° Contador: 

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): BIOMERIEUX CHILE S.A. 966599200

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF. 603

Teléfono: 6342093

At: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **de Fecha** **servase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CHOCO. POLY. VCAT3 x 10 PL. (THAYER MARTIN) CODI GO 35116	5,706.0	5,706
12	AGAR COLUMBIA+5% SC 10 PLACAS	5,706.0	68,472

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
DESTINO : LABORATORIO BASICO  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 74,178  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 74,178  
IVA 14,094  
TOTAL FACTURA 88,272

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 02-01-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar


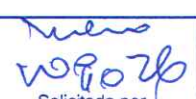

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	LIGADURA TIPO VACUTAINER MARCA RIESTER	8,254.0	41,270

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421106	MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	41,270
DESTINO : LABORATORIO BASICO		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	41,270
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	7,841
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	49,111
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
CONDICION : CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO ONCE PESOS			

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): MEDICA - TEC DE CHILE S.A. 968517201

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CYBOW10M TIRAS ORINA 10 PARAM. FCO. x 100 READER 300 UN.	4,990.0	24,950

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 24,950  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 24,950  
 IVA 4,741  
 TOTAL FACTURA 29,691

Emitido por *[Signature]*  
 Solicitada por *[Signature]*  
 V°B° presupuesto *[Signature]*  
 V°B° Contador *[Signature]*

*[Signature]*  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): VALTEK S.A. 795688501

Dirección: AVDA. MARATON 1943

Teléfono: 6541199

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	COMBI-PL AGAR DERMAT/SABOUR CAF 10 UN. 9 cm.	11,660.0	23,320



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	23,320
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	23,320
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,431
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,751

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON: VEINTISIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN 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: 02-01-2014

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar


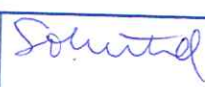
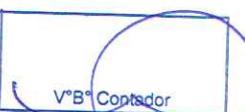
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GLUCOSA BEBIBLE P/TTGO. FCO. 290 ml. SABOR NARANJA DAJA x 24 FCOs.	14,880.0	148,800
5	TIRAS REACTIVAS GLICEMIA PARA TD 4251 FCO. 50 UN.	9,000.0	45,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	193,800
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	193,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	36,822
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	230,622
MON : DOSCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VEINTIDOS 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  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha **servirse despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


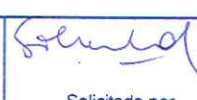


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ASA CALIBRADA, METALICA, 1UL SIN MANGO	1,400.0	8,400
2	FOB RAID TEST (SANGRE OCULTA DEPOSICIONES) 25 TESTS	31,500.0	63,000
2	TUBO ENSAYO VIDRIO, 12 x 100MM x 100 UN.	23,400.0	46,800
2	TORULA ASTA MADERA-PUNTA ALGODON ESTERIL x 100 UN.	4,900.0	9,800
1	REACTIVO DE BURROWS (FIJADOR PAF) x 1L	12,900.0	12,900
1	CRIDVIALS (64 TUBOS)	98,800.0	98,800
20	CUBREOBJETOS 22 x 22 MM. x 100 UN.	1,700.0	34,000
2	PAPEL TERMICO HUMALYZER2000, HUMACOUNT60TS, COMBILYZER x 2 UN.	3,900.0	7,800
10	TUBO VHS-ESR MONOSEAD 1,28ML (NA-CIT) x 100 UN	21,500.0	215,000
1	PLASMA CONTROL NIVEL 1, COAGULACION, 10 x 1ML.	41,800.0	41,800
1	PLASMA CONTROL NIVEL 2, COAGULACION, 10 x 1ML.	41,800.0	41,800
5	GRADILLA BIOSEGURIDAD IMPROSAFE 100 TUBOS 13 x 75MM. AMARILLA	29,500.0	147,500

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

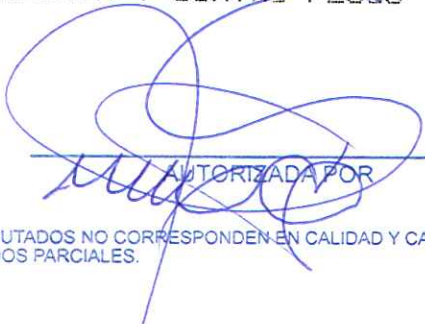
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	727,600
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	727,600
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	138,244
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	865,844

SON : OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): PV EQUIP S.A. 798956701

Dirección: LOS CAPITANES 1388

Teléfono: 2744786

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	AMPICILINA (AMP) 10ug, 250 DISCOS	8,150.0	8,150
1	CEFUROXIMA CLSI (CXM) 30ug, 250 DISCOS	8,150.0	8,150
1	NITROFURANTOINA (F) 300ug, 250 DISCOS	8,150.0	8,150
50	TORULA C/MEDIO CARY BLAIR, 50un.	240.0	12,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	36,450
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	36,450
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,926
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,376

SON : CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS 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: 02-01-2014

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

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.


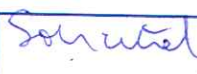
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	TUBO TAPA ROJA 9ml. CON ACTIVADOR DE LA COAGULACION TAMANO: 16 x 100mm. TC-455092	60.0	30,000

**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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039**

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALOR : TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS

VALOR NETO 30,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 30,000  
 IVA 5,700  
 TOTAL FACTURA 35,700

 Emitido por	 Solicitada por	<input type="checkbox"/> V°B° presupuesto	<input checked="" type="checkbox"/> V°B° Contador
---	---	--	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



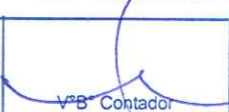
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3,000	AGUJA MULTIPLE 21G x 1,5 (COLOR VERDE) TC-4500 76-6M	45.0	135,000
3,000	TUBO TAPA VERDE 4 ml. HEPARINA DE LITIO Y GEL SEPARADOR TAMANO: 13 x 75 mm. TC-45008 RACK x 50	77.0	231,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

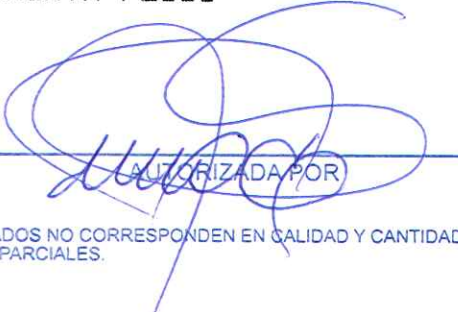
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	366,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	366,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	69,540
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	435,540

MONTO : CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V*B° presupuesto	 V*B° Contador
--	--	------------------	---

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): TECNIGEN S.A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

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	STA NEOPLASTINE CI PLUS 5 (6 x 5 ml.)	45,198.0	45,198
1	STA CEPHASCREEEN 4 (12 x 4 ml.)	188,338.0	188,338
1	STA COAG CONTROL N+P (12 x 2 x 1ml.)	156,420.0	156,420
1	ACEITE DE INMERSION P/MICROSC. MERCK 100ml.	18,000.0	18,000
1	GIEMSA EN SOL P/MICROSC. MERCK 1L	25,038.0	25,038
2	MAY GRUENWALD EN SOLN. P/MICROSC. MERCK 1L	17,425.0	34,850

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	467,844
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	467,844
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	88,890
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	556,734

MONTO : QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

069004

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° de Fecha **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*** sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
 DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CUARENTA MIL PESOS

VALOR NETO 40,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 40,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 40,000

Emitido por [Signature] Solicitada por [Signature] V\*B\* presupuesto [Signature] V\*B\* Contador [Signature]

PROVEEDOR

[Signature] AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES y/O SERVICIOS DESPACHADOS y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
si viese despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

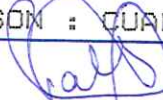

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 40,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 40,000  
IVA 0  
TOTAL FACTURA 40,000

SOM : CUARENTA MIL PESOS  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°BA Contador

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

069002

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

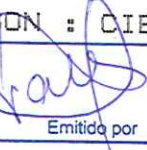
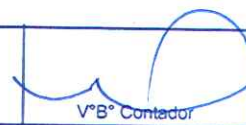
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	160,000

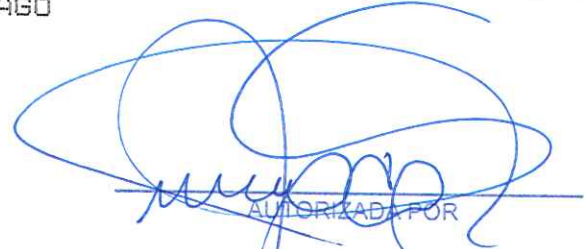
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : CIENTO SESENTA MIL PESOS

VALOR NETO 160,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 160,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 160,000

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 si vase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

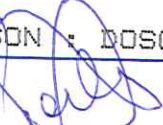
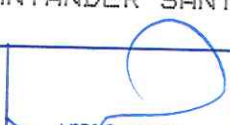
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	200,000

**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 - FONONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0  
 DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOSCIENTOS MIL PESOS

VALOR NETO 200,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 200,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 200,000

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 si vase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=0  
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 40,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 40,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 40,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CUARENTA MIL PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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

068999

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*** sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETAS \$ 40.000	40,000.00	40,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=D  
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MON : CUARENTA MIL PESOS

VALOR NETO 40,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 40,000  
 IVA 0  
 TOTAL FACTURA 40,000

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO MAVER S.A. 921210000

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 11-12-2013 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
106	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	3,800.00	402,800
37	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.00	75,036

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

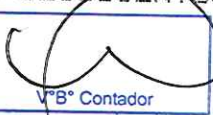
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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 477,836  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 477,836  
IVA 90,789  
TOTAL FACTURA 568,625

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS 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): LABORATORIO MAVER S.A. 921210000

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 11-12-2013 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
120	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	3,800.00	456,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 456,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 456,000  
 IVA 86,640  
 TOTAL FACTURA 542,640

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS

			
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


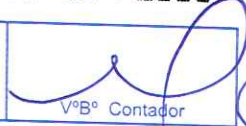
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GR. POLVO TARRO		
4	TE CLUB 100 BL CEYLAN ORD (ROJO) CAJA	2,786.0	41,790
10	AZUCAR IANSA 1 KG. BOLSA	1,690.0	6,760
20	VASO DESECHABLE PLUMAVIT 180 ML. x 25 UN PQT.	534.0	5,340
1	REVOLVEDOR PLASTICO x 1000 UN T/BOMBILLA PQT.	330.0	6,600
		2,200.0	2,200

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421113 PERFEC.Y CAPACITACION  
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 MON : SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS UN PESOS

VALOR NETO 62,690  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 62,690  
 IVA 11,911  
 TOTAL FACTURA 74,601

Emitido por:  Solicitada por: \_\_\_\_\_ V°B° presupuesto: \_\_\_\_\_ V°B° Contador: 

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-01-2014

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.


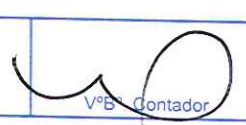
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	FAMOTIDINA 40 MG. x 500 COMP.	5,000.00	35,000
3	METRONIDAZOL 500 MG. x 500 COMP.	52,500.00	157,500
59	ATORVASTATINA 20 MG. x 500 COMP.	11,500.00	678,500

**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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : UN MILLON TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS

VALOR NETO 871,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 871,000  
 IVA 165,490  
 TOTAL FACTURA 1,036,490

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

068994

FECHA: 02-01-2014

Señor(es): ASESORIAS EN COMPUTACION CBX LTDA. 760057711

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114\*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr. PEDRO CAJAS  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* 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	NOTEBOOK TOSHIBA S45-ASP4310SL 14" I5 3337U	469,000.0	469,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	469,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	469,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	89,110
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	558,110
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO DIEZ PESOS		

Emisor por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD.  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	KOVA TROL I WITH UROBILIOGE (10 x 60 ML)	256,250.0	256,250
1	PROTEINAS TOTALES, TP GEN. 2, 300 TEST	17,568.0	17,568
1	PROTEINAS URINARIAS TPUC GEN.2, 150 TEST COBAS C INTEGRA	34,688.0	34,688
7	TRIGLICERIDOS TRIGL 250 TEST COBAS C INTEGRA	69,528.0	486,696
3	UREA UREAL 500 TEST COBAS C INTEGRA	46,160.0	138,480
10	MICROALBUMINURIA ALB-T TQ GEN. 2, 100 TEST COBAS C INTEGRA	96,280.0	962,800
2	NADH CLEAN CAS. 1 c501/c311	8,622.0	17,244
5	HbA1c TQ GEN. 3, 150 TEST, COBAS C 501	244,344.0	1,221,720
1	HbA1c TQ HAEMOLYZING RGT COBAS C	49,728.0	49,728
1	DILUYENTE ISE II GEN. 2	57,672.0	57,672
1	STANDARD INTERNO ISE II GEN. 2, c501	81,756.0	81,756
2	HCG+BETA II ELECSYS COBAS E, x 100	174,909.0	349,818
2	FSH ELECSYS COBAS E, x 100	176,190.0	352,380
4	TOTAL PSA GEN. 2.1 ELECSYS COBAS E, x 100	274,533.0	1,098,132

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 2720 6000 - FAX: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento. -


CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	5,124,932
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	5,124,932
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	973,737
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,098,669

MON : SEIS MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr.

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	URISYS CASSETTE KIT 400 DET.		
1	Na OH DETERGENTE x 1.8 L. (BIDON x 2)	114,931.0	459,724
10	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS TERMICAS x 2000 UN.	117,710.0	117,710
3	ACIDO URICO UA GEN. 2, 400 TEST COBAS C INTEGR A	10,190.0	101,900
		33,560.0	100,680
1	ALBUMINA ALB BCG GEN. 2, 300 TEST COBAS C INTE G.		23,536
4	BILIRRUBINA DIRECTA DIL-D GEN.2, 350 TEST COBA S	23,536.0	23,536
4	BILIRRUBINA DIRECTA DIL-D GEN.2, 350 TEST COBA S	32,104.0	128,416
5	BILIRRUBINA TOTAL BIL-T DPD GEN. 2, 250 TEST C OBAS	35,000.0	175,000
10	HDL COLESTEROL HDL-C GEN. 3, 200 TEST COBAS C INTEGRA	111,368.0	1,113,680
4	COLESTEROL CHOL HiCo GEN. 2, 400 TEST COBAS C INTEGRA	22,104.0	88,416
2	CREATININA CREAJ GEN. 2, 700 TEST COBAS C INTE GRA	24,032.0	48,064
2	FOSFATASA ALCALINA ALP IFCC GEN. 2, 400 TEST		
1	FOSFORO PHOS GEN. 2, 250 TEST COBAS C INTEGRA	31,592.0	63,184
2	GAMA GT GGT GEN. 2, 400 TEST COBAS C INTEGRA	19,584.0	19,584
3	GLUCOSA GLUC HK GEN. 3, 800 TEST COBAS C INTEG RA	36,600.0	73,200
		71,416.0	214,248
3	GOT ASTL 500 TEST COBAS C INTEGRA	47,368.0	142,104
3	GPT ALT 500 TEST COBAS C INTEGRA	47,368.0	142,104

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS 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  
DESTINO : LABORATORIO BASICO  
PLAZO ENTREGA : INMEDATO  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
MONTO : TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 3,011,550  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 3,011,550  
IVA 572,195  
TOTAL FACTURA 3,583,745

Emitido por [Firma] Solicitada por [Firma] V\*B\* presupuesto [Firma] V\*B\* Contador [Firma]

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA/TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): VICTOR MONTOYA GERTNER 115017950

Dirección: EDISON 4647

Teléfono:

At.: Sr.: BERNARDITA ANGULO  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 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
7	SILLA OPERATIVA CAMPRA	68,500.00	479,500
2	SILLA TORINO ALTA CON BRAZOS	42,064.00	84,128

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 122101 MUEBLES, UTILES Y ENS.DE OFICINA	VALOR NETO	563,628
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 15 DIAS	SUB-TOTAL	563,628
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	107,089
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	670,717

SON : SEISCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS DIECISIETE PESOS

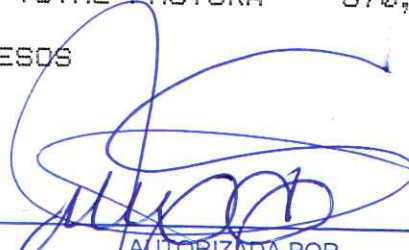
	
Emitido por	V°B° Contador

Solicitada por

V°B° presupuesto

V°B° Contador

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES