

Señor(es): CONFECCIONES SINETTI LIMITADA 785962702

Dirección: PURISIMA 178

Teléfono: 7376258

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	CHAQUETA INVIERNO DAMA	34,500.00	34,500
1	PANTALON INVIERNO DAMA	23,500.00	23,500
1	GILLETE INVIERNO	24,600.00	24,600
2	BLUSA INVIERNO	16,500.00	33,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	115,600
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	115,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,964
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y SALDO CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	137,564
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CIENTO TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS		

	MEMO#046		
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): CONFECCIONES SINETTI LIMITADA 785962702

Dirección: PURISIMA 178

Teléfono: 7376258

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CHAQUETA INVIERNO DAMA	34,500.00	690,000
20	PANTALON INVIERNO DAMA	23,500.00	470,000
18	GILLETE INVIERNO	24,600.00	442,800
20	BLUSA INVIERNO	16,500.00	330,000
2	LOGO BORDADO	8,000.00	16,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

AGENCIA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,948,800
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,948,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	370,272
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y SALDO CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	2,319,072
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : DOS MILLONES TRESCIENTOS DIECINUEVE MIL SETENTA Y DOS PESOS

	MEMO #218		
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070051

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): CONFECCIONES SINETTI LIMITADA 785962702

Dirección: PURISIMA 178

Teléfono: 7376258

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°


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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CHAQUETA INVIERNO DAMA		
1	PANTALON INVIERNO DAMA	34,500.00	34,500
1	GILLETE INVIERNO	23,500.00	23,500
2	BLUSA INVIERNO	24,600.00	24,600
		16,500.00	33,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	115,600
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	115,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,964
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y SALDO CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	137,564
CONDICION : CIENTO TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS		

	MEMC# 219		
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	LEPONEX 100 MG X 30 COMPRIMIDOS	32,651.00	130,604

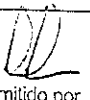
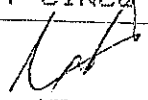
No se acepta

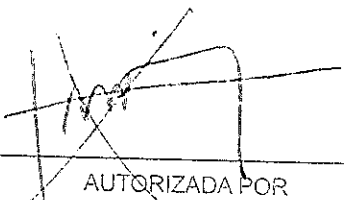
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	130,604
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	130,604
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	24,815
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	155,419

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS

 Emitido por	MEMO #23 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	-------------------


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070050

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): MEGADAT COMPUTACION LTDA. 76096400K

Dirección: LUIS THAYER OJEDA 183 OF. 414

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°


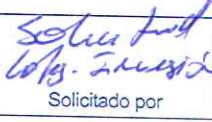
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	NOTEBOOK HP 100-1324LA	232,060.00	232,060

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123102	MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	232,060
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0		0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL		232,060
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA		44,091
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA		276,151
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
SON : DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y UN PESOS			

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): IVENS S.A. 967643408

Dirección: AV. LOS LEONES 1071

Teléfono: 3608102

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	ESPIROMETRO DE SOBREMESA MICROLAB ML3500, PANTALLA A COLOR DIGITAL	1,900,000.0	1,900,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL PESOS

VALOR NETO 1,900,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,900,000
 IVA 361,000
 TOTAL FACTURA 2,261,000

Emite por	<i>Nero</i> 322 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr.: **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar


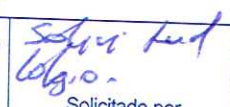
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 75 GR. RESMA x 500 HJS.	1,666.0	24,990
15	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR. RESMA x 500 HJS.	1,823.0	27,345

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	52,335
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	52,335
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	9,944
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,279
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : SESENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS		

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

SERVACIONES:

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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070044

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

FECHA: 31-03-2014

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: 8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

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

De acuerdo a su cotización N°


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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TENEDOR PLASTICO GRANDE X 100 UN		
6	VASO DESECHABLE 290 ML 10 ONZ X 25 UN	805.00	1,610
35	JUGO NATURAL 1.5 LT WATTS DAMASCO	400.00	2,400
		943.00	33,005

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-
 DESTINO : 425119 GASTOS MENORES
 PLAZO ENTREGA : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS
 GAR ENTREGA : INMEDIATA
 FORMA DE PAGO : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188
 : 30 DIAS C/FACTURA
 : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 : CUARENTA Y CUATRO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 37,015
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 37,015
 IVA 7,033
 TOTAL FACTURA 44,048

 Emitido por	MEMO #54 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

10-4

070043

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIAL EOUNG OK AN BAN LTDA 797165409

FECHA: 31-03-2014

Dirección: SALVADOR SANFUENTES 2879

At.: Sr. SUSAN

Teléfono:

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
25	LLAVEROS PELOTAS CHICAS 12 U		
25	LLAVEROS METALICOS 12 U	1,008.40	25,210
25	LLAVEROS PELOTAS 12 U	1,008.40	25,210
25	LLAVEROS LINTERNAS 12 U	1,512.61	37,815
50	COLGANTE CELULAR ANCHO 12 U	1,512.61	37,815
50	COLGANTE CELULAR ANGOSTO 12 U	1,512.61	75,631
30	MUNEGUERAS PAISES MUNDIAL 12 U	504.20	25,210
440	CAJA CLIPS COLORES	1,008.40	30,252
50	PELOTAS GRANDES 12 U	327.73	144,201
30	PULSERAS DE CHILE 12 U	1,512.61	75,631
30	LLAVEROS BANDERAS 12 U	1,512.61	45,378
10	CHAUCHERAS 12 U	1,512.61	45,378
14	AROS PLATEADOS 12 U	840.34	8,403
14	AROS METALICOS DE COLORES 12 U	1,512.61	21,177
14	AROS ARGOLLA COLOR 12 U	1,512.61	21,177
10	AROS CHICOS DE COLORES 12 U	1,512.61	21,177
14	AROS EN CAJITAS BLANCO Y NEGRO 12 U	504.20	5,042
20	ESTUCHES 12 U	504.20	7,059
100	ESPEJOS UNIDAD	1,008.40	20,168
100	ESPEJOS CON FLORES UNIDAD	126.05	12,605
25	PINCHES DE CINTAS UNIDAD	210.08	21,008
25	PINCHES LUNARES UNIDAD	327.73	8,193
10	BANDERAS CINTILLOS CHILLE 12 U	210.08	5,252
		1,512.61	15,126

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424221 GASTOS FONDO SEP
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
FORMA DE PAGO : CHEQUE AL DIA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 734,117
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 734,117
IVA 139,482
TOTAL FACTURA 873,599

SON : OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

	Renó 196		
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

1-4

070040

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): INGESMART S. A. 968583700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

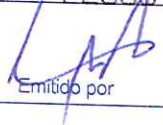
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
36	HP 240 G1 CORE i5 3230M 2.6 GHz WINDOWS 8 PRO 64 BIT 4GB RAM	387,470.00	13,948,920

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

AGENCIA : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	13,948,920
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
FECHA ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	13,948,920
DIRECCION ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	2,650,295
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,599,215
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS QUINCE - PESOS		

 Emitido por	<i>Neno</i> 224 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070039

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

5559467

At.: Sr.:

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

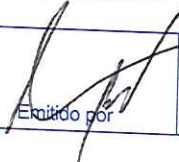
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,000	CARNET DE CURACIONES CESFAM APOQUINDO	140.0	140,000
1,000	TARJETON DENTAL 15 PERFORACIONES	685.0	685,000
1,000	TARJETON ADULTO MAYOR	385.0	385,000
2,000	CARNET DEL ADULTO MAYOR	485.0	970,000
1,000	TARJETA RETIRO PNAC EMBARAZADA	140.0	140,000
1,000	TARJETA CONTROL DISTRIB. ADULTO MAYOR	140.0	140,000
200	BLOCK 50/2 REFERENCIA INTRACONSULTORIO	3,700.0	740,000
500	LIBRETAS ADULTO MAYOR	890.0	445,000
200	BLOCK 100 HOJAS EXAMENES	2,850.0	570,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

VENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	4,215,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,215,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	800,850
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,015,850
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CINCO MILLONES QUINCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS		

	11.000.000 300		
Emitted por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): GILDA GILBERT RESCAGLIO 057715561

Dirección: AV PADRE HURTADO NORTE 2046

Teléfono: 2769 6589

At.: Sr. EDUARDO MERDANEVIC

De acuerdo a su cotización N°

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

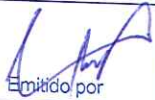
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	BUZO PABELLON VARON		
13	BUZO PABELLON MUJER	23,491.60	704,748
1	CONJUNTO CHAQUETA PANTALON PROFESIONAL	32,224.37	418,917
		32,224.37	32,224

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,155,889
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,155,889
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	219,619
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y SALDO CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	1,375,508
VALOR DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHO PESOS		

 Emitido por	MEMO #042 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): GILDA GILBERT RESCAGLIO 057715561

Dirección: AV PADRE HURTADO NORTE 2046

Teléfono: 2769 6589

At.: Sr. EDURADO MERDANEVIC

De acuerdo a su cotización N°

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

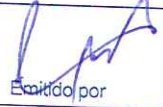
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CHAQUETA MEDICO VARON	15,728.57	31,457
8	CONJUNTO CHAQUETA PANTALON TECNICOS/PROFESIONALES	32,224.37	257,795
2	CONJUNTO CHAQUETA PANTALON VARON BLANCO	23,491.60	46,983

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

VENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	336,235
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	336,235
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	63,885
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y SALDO CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	400,120
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CUATROCIENTOS MIL CIENTO VEINTE PESOS		

 Emitido por	MEMO #199 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): GILDA GILBERT RESCAGLIO 057715561

Dirección: AV PADRE HURTADO NORTE 2046

Teléfono: 2769 6589

At.: Sr. EDUARDO MERDANEVIC

**** 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
22	CHAQUETA MEDICO DAMA		
4	CHAQUETA MEDICO VARON	18,030.25	396,666
4	CONJUNTO CHAQUETA PANTALON VARON BLANCO	15,728.57	62,914
7	COMJUNTO CHAQUETA PANTALON TECNICOS FARMACIA	27,638.66	110,555
90	CONJUNTO CHAQUETA PANTALON TECNICOS/PROFESIONALES	28,772.27	201,406
		32,224.37	2,900,193

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

AGENCIA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	3,671,734
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,671,734
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	697,629
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y SALDO CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	4,369,363

MONEDA : CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y - DOS PESOS

 Emitido por	MEMO # 195 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

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 sívase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SUERO ANTI A, FRASCO. x 10 ML.		
1	SUERO ANTI B, FRASCO x 10 ML.	4,200.0	4,200
2	SUERO ANTI AB MONOCIONAL, FRASCO x 10 ML.	4,200.0	4,200
1	SUERO ANTI D, FRASCO x 10 ML.	4,200.0	8,400
		6,500.0	6,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 23,300
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 23,300
 IVA 4,427
 TOTAL FACTURA 27,727

 Emitido por	1720 006 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070034

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

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.


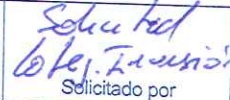
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	DISCO DURO EXTERNO Y PORTATIL	36,900.00	73,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

MENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVALOR NETO	73,800
STINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0
AZO ENTREGA	: INMEDIATA	0
GAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	SUB-TOTAL
RMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	73,800
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	IVA
		14,022
		TOTAL FACTURA
		87,822

N : OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTIDOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): INGESMART S. A. 968583700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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


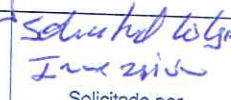
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	PENDRIVE 2 GB	3,318.0	99,540

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

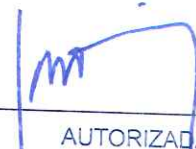
ENTA : 123102	MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLA	VALOR NETO	99,540
STINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0		0
AZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL		99,540
GAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA		18,913
RMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA		118,453

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
N : CIENTO DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

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

RESERVACIONES:

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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

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

Teléfono:

**** 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.


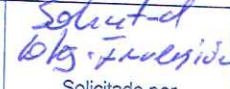
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	FUJITEL PARLANTES 2.0. USB 10 W	2,900.00	14,500
50	CD GRABABLES	140.00	7,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

MENTA : 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	21,500
STINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	21,500
GAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	4,085
PRIMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,585

N : VEINTICINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN 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 TSI, BOLSA x 30 TUBOS 12 x 120	9,900.0	9,900
1	MEDIO LIA, BOLSA x 30 TUBOD 12 x 120	9,900.0	9,900
2	MEDIO MIO, BOLSA x 30 TUBOS 12 x 120	9,900.0	19,800
1	MEDIO CITRATO SIMMONS, BOLSA x 30 TUBOS 12 x 120	9,900.0	9,900
1	MEDIO UREA CHRISTENSEN, BOLSA x 30 TUBOS 12 x 120	9,900.0	9,900

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

EMITIDA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 TIPO DE ENTREGA : INMEDIATA
 GARANTIA DE ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : SETENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 59,400
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 59,400
 IVA 11,286
 TOTAL FACTURA 70,686

 Emitido por	120006 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	--------------------------	------------------	---------------


 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): INGESMART S. A. 968583700

FECHA: 31-03-2014

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

4301501

At.: Sr. Teléfono:

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

sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SET DE PARLANTES GENIUS HIFI MADERA	2,334.00	2,334
2	FUJITEL SUBWOOFER 5.1 PC 12000 W PLATEADO	18,665.00	37,330

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

AGENCIA : 123102	MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	39,664
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	39,664
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280		IVA	7,536
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	47,200
MONTANTO : CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS			

Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

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

y/o ejecutar, 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	TUBO KHAN PS 12 x 75mm. BOLSA x 500 UN.	6,800.0	20,400

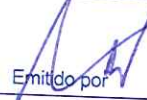
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

AGENCIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	20,400
DIRECCION : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	20,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,876
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,276

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

Emitido por 	Solicitado por <i>Mesa 006</i>	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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): INGESMART S. A. 968583700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

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


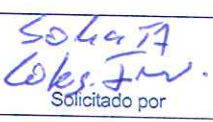
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	EQUIPOS DE SUBWOOFER SPEKTRA PARLANTES	12,129.00	133,419

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVALOR NETO	133,419
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 133,419
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA 25,350
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 158,769

SON : CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SAM CAMARA DIGITAL ES95 16.1 IMPIX 5 X ZOOM	45,900.0	45,900
1	SONY HANDICAM 60X/MPEG-2/2.7	59,900.0	59,900
2	NOTEBOOK NTK COMPAQ CQ45-D12LA CEELRON	184,900.0	369,800
8	DATA PROYECTOR S18 -3000 LUMENES MAS INSTALACION	289,900.0	2,319,200


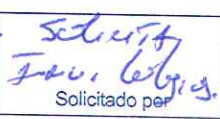
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	2,794,800
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,794,800
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	531,012
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,325,812

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN 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 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
3	COMBI-PL AGAR DERMAT/SABOUR CAF 10 UN. 9cm. KI T	11,660.0	34,980

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	34,980
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	34,980
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,646
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	41,626

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS

	<i>Nero oob</i>		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): PROMEDAR LTDA 796530200

Dirección: ANTONIO BELLET 310

Teléfono: 2351032

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	SANGRE OCULTA CASSETTE 25 TEST (FOB)	29,250.0	58,500


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

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

SON : SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS

 Emitido por	<i>Ne ro oob</i> Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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	DURASHIELD 5% BARNIZ FLUOR CAJA X 200 UND	135,000.00	270,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424251	GES PREVENTIVO EN SALUD BUCAL	VALOR NETO	270,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	270,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	51,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	321,300

SON : TRESCIENTOS VEINTIUN MIL TRESCIENTOS PESOS

	MEMO # 200		
Emtido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070021

FECHA: 31-03-2014

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr. PEDRO CAJAS

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de 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
3	COMPUTADORES INSPIRON ONE TODO EN UNO BIBLIOTECA	298,000.0	894,000

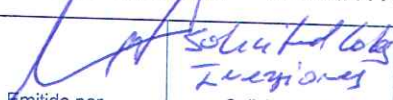
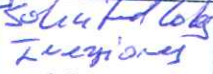
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLA	VALOR NETO	894,000
DESTINO	: COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	894,000
LUGAR ENTREGA	: TOMAS MORO 1651	IVA	169,860
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,063,860

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 31-03-2014

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GLUCOSA BEBIBLE p/TTGO, FCO. 296 ML. NARANJA C AJA x 24 FRASCOS	15,840.0	158,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	158,400
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	158,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	30,096
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	188,496
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS		

	<i>Rnw 006</i>		
Entido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 31-03-2014

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF. 603

6342093

Teléfono:


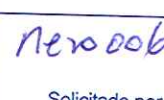
At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	35116 CHOCOLATE POLYVITEX VCAT3 AGAR	5,991.0	11,982
15	35094 COLUMBIA SHEEP BLOOD 10PLT	5,991.0	89,865
1	72013 ARTHRI-SLIDEX 100 TESTS	62,010.0	62,010

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	163,857
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	163,857
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	31,133
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	194,990
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS		

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 31-03-2014

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	CITOFONO DOBLE AURICULAR COMEX	68,500.00	68,500
1	SERVICIO TECNICO DE INSTALCION DE 2 CITOFONOS - INCLUYE CANALIZACION Y MATERIALES	75,000.00	75,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	143,500
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	143,500
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	27,265
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	170,765

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SETENTA MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

	MEMO # 82		
Entido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

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 **sírvase despachar**
y/o ejecutar, 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 21Gx1 1/2 (COLOR/VERDE) CJ/100	45.0	135,000
500	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA 9 ML. C/ACTIVADOR DE LA COAGULACION TAMANO: 16 x 100mm. RACK x 50	60.0	30,000
2,000	TUBO PET, TAPA PULL CAP LILA 3 ML. TAM: 13 x 75mm.	55.0	110,000
200	TUBO PET, TAPA PULL CAP CELESTE 3 ML. CITRATO DE SODIO 3,2% TAMANO: 13 x 75 ML. RACK x 50	61.0	12,200
500	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA ANILLO AMARILLO 4 ML. C/ACTIVADOR DE LA COAG. Y GEL SEPARADOR TAMANO: 13 x 75mm.	75.0	37,500
1,000	TUBO PET, TAPA PULL CAP GRIS 4 ML. FLUORURO DE SODIO/EDTA-K3 TAMANO: 13 x 75mm. RACK x 50	59.0	59,000
200	TUBO PET, PULL CAP ROJO 4 ML. C/CATIVADOR DE LA COAGULACION TAMANO: 13 x 75mm. RACK x 50	60.0	12,000
3,000	TUBO PET, PULL CAP VERDE 4 ML. HEPARINA DE LITIO Y GEL SEPARADOR TAMANO: 13 x 75mm. RACKx 50	77.0	231,000
1	MEDIO DE TRANSPORTE EN TUBO AMIES CON CARBON B OLSA x 100	22,500.0	22,500
1	MEDIO DE TRANSPORTE EN TUBO SUERO FISIOLÓGICO LIQUIDO BOLSA x 100	22,500.0	22,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	671,700
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	671,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	127,623
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	799,323

SON : SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTITRES PESOS

 <i>new 006</i>			
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): MARCELO IGNACIO ORREGO PEREZ 128828389

Dirección: ALEXANDER FLEMING 7315

Teléfono:

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

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

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	SERVICIO DE DESAYUNO PARA 20 PERSONAS - INCLUYE TE, CAFE, SANDWICH Y TORTA CON SERVICIO DE MATELERIA, MOZO Y ARREGLO	5,042.02	100,840

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO VEINTE MIL PESOS

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

	MEMO#219		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 31-03-2014

Señor(es) DRÓGUERIA 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
10	GUANTE DE PROCEDIMIENTO NO ESTER. TALLA "M"	1,400.0	14,000
2,000	PARCHE CURITAS, CAJA x 100	7.0	14,000
12	ALCOHOL 70 GRADOS FRASCO x 1 LT CAJA x 12	1,480.0	17,760

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	45,760
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	45,760
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,694
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,454

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	<i>new 006</i> Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): TECNIGEN S. A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

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

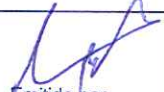
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	STA CEPHASCREEEN 4 12 x 4 ML.	188,338.0	188,338
1	STA COAG CONTROL N+P 12 x 2 x 1 ML.	156,420.0	156,420
2	STA CLEANER SOLUTION (1 x 2.5 ML.)	24,333.0	48,666
1	GIEMSA EN SOLN. SP/MICROSC.. MERCK 1 L.	26,743.0	26,743

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	420,167
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	420,167
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	79,832
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	499,999
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	<i>nero 006</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	-----------------------------------	------------------	---------------


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070012

FECHA: 26-03-2014

Señor(es): INGESMART S. A. 968583700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PENDRIVE 2GB		
16	KIT INSTALACION DATA	3,318.00	33,180
16	PROYECTORES DATA	54,278.00	868,448
		199,734.00	3,195,744

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVAVOR NETO	4,097,372
DESTINO	: COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	0
LUGAR ENTREGA	: TOMAS MORO 1651	SUB-TOTAL
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	4,097,372
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	IVA
		778,501
		TOTAL FACTURA
		4,875,873

SON : CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y -
 TRES PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

070011

FECHA: 26-03-2014

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr. PEDRO CAJAS

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	COMPUTADOR SFF COMPAQ 4300	298,000.0	2,682,000

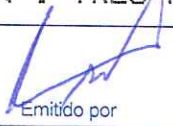
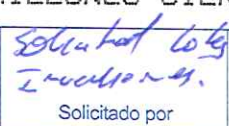
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVAVOR NETO	2,682,000
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 2,682,000
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA 509,580
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 3,191,580

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

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	TOSHIBA BASICS 1TB 3.0 BLACK 2.5	36,900.0	73,800
1	CAMARA DIGITAL ES95 16.1 IMPIX NEGRA	45,900.0	45,900
10	SAM MONITOR S19	44,900.0	449,000
1	LECTOR OPTICO DE PRUEBAS	74,900.0	74,900
9	GEAR ONE 110 I INTEL CORE 3220 2GB	368,000.0	3,312,000

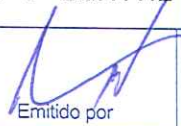
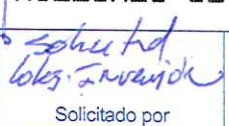
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	3,955,600
DESTINO	: COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,955,600
LUGAR ENTREGA	: TOMAS MORO 1651	IVA	751,564
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,707,164

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES SETECIENTOS SIETE MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PARLANTES MULTIMEDIA GENIUS HIFI MADERA 150 WA TTS	4,500.0	4,500
1	HP DESKJET INK ADVANTAGE 3525	32,900.0	32,900
1	PROYECTORS18	229,900.0	229,900
5	HP 1000 1310LA INTEL B830 4GB	188,900.0	944,500
18	INSTALACION DE PROYECTORES	38,900.0	700,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	1,912,000
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,912,000
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	363,280
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,275,280
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS

		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.

070008

FECHA: 26-03-2014

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr. PEDRO CAJAS

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

De acuerdo a su cotización N°

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

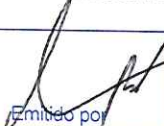
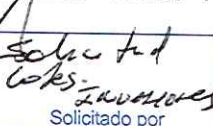
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	MICROFONOS SHURE BETA 58	119,000.0	238,000
1	COMPUTADOR ALL IN COMPACT 18-3204LA	269,000.0	269,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123103 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA (VALOR NETO	507,000
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	507,000
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	96,330
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	603,330

SON : SEISCIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070007

FECHA: 26-03-2014

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.

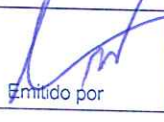
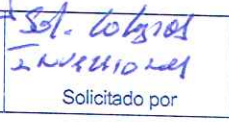
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	COMPUTADOR ALL IN COMPAQ 18-3204LA4GB	289,000.00	2,890,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLA	VALOR NETO	2,890,000
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,890,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	549,100
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,439,100
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIEN PESOS

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 26-03-2014

Señor(es): INGSMART S. A. 968583700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

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


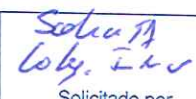
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	PARLANTES PARA PC GENIUS SP-S110 1WRMS	3,166.00	47,490
2	DATA CON SOPORTE	210,185.00	420,370

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123102	MAGUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	467,860
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	467,860
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188		IVA	88,893
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	556,753

SON : QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 26-03-2014

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PIZARRAS INTERACTIVAS	890,000.0	1,780,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123102	MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLA	VALOR NETO	1,780,000
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	1,780,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188		IVA	338,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	2,118,200

SON : DOS MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

3-4

070004

FECHA: 26-03-2014

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr. PEDRO CAJAS

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

De acuerdo a su cotización N°

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	NOTEBOOK TOSHIBA B40-ASPA203 I3 4GB RAM -HDD 500 14	249,900.0	749,700

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVALOR NETO	749,700
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	0
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	SUB-TOTAL
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	749,700
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	IVA
		142,443
		TOTAL FACTURA
		892,143

SON : OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CIENTO CUARENTA Y TRES PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 26-03-2014

Señor(es): INGESMART S. A. 968583700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

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

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


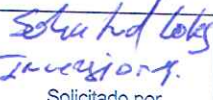
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LINKSYS ROUTER INALAMBRICO WRT54GL	41,483.00	41,483
30	CALCULADORA CIENTIFICA CASIO FX-350MS	5,509.00	165,270
9	EPSON PROYECTOR S12+	199,734.00	1,797,606

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVAVOR NETO	2,004,359
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 2,004,359
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA 380,828
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 2,385,187
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	

SON : DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y SIETE - PESOS

 Entidad por	 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

34

070002

26-03-2014

FECHA:

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

78537777

Teléfono:

At.: Sr. PEDRO CAJAS

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LINKSYS SWITCH 24B	39,900.0	39,900
1	SWITCH DLINK 10100 24B	39,900.0	39,900
7	PARLANTE PORTATIL DBEST MODELO DP-PS4003BT	20,924.0	146,468

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLA	VALOR NETO	226,268
DESTINO	: COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	226,268
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 9040	IVA	42,991
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	269,259

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

		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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 26-03-2014

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

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.


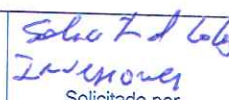
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PARLANTE SW-2.1800 20WROMS	18,900.00	18,900
1	RADIO GRABADORA PHILLIPS AZ3811	32,900.00	32,900
4	PARLANTE PORTATIL GENIUS 400 WATT	13,522.00	54,088
3	TOSHIBA B40 -ASP4203KL I3 2348M 14 2GB 500GB W IN 8 PRO	314,900.00	944,700


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVAVOR NETO	1,050,588
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 1,050,588
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA 199,612
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 1,250,200
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

34

069999

26-03-2014

FECHA:

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

Teléfono:

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	IMPRESORA LASER COLOR CLP-365 SAMSUNG	44,900.0	44,900
3	TONER CLT-406M MAGENTA	23,900.0	71,700
3	TONERCLT-406YAMARILLO	23,900.0	71,700
3	TONER CLT 406 N NEGRO	29,900.0	89,700
3	TONERCLT-406C CYAN	23,900.0	71,700

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVALOR NETO	349,700
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 349,700
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 66,443
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 416,143

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO CUARENTA Y TRES PESOS

Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TORTA PARA 50 PERSONAS MANJAR/NUEZ	32,773.11	98,319


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	98,319
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	98,319
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	18,681
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	117,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISIETE MIL PESOS

	MEMO # 34		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): PV EQUIP S.A. 798956701

Dirección: LOS CAPITANES 1388

Teléfono: 2744786

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TETRACICLINA (TE) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	AMPICILINA (AMP) 10ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	SULFA/TRIMETOPRIM (SXT) 25ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CEFALOTINA CLSI (KF) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	NITROFURANTOINA (F) 300 ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CULTI LOOP ESCHERICHIA COLI ATCC(R) 25922 TM* (x 5 LOOPS)	109,000.0	109,000
1	KIT STREPTOCOCCUS, 50 TEST	110,000.0	110,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	261,725
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	261,725
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	49,728
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	311,453

SON : TRESCIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 31-03-2014

Señor(es): PV EQUIP S.A. 798956701

Dirección: LOS CAPITANES 1388

Teléfono: 2744786

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


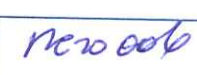
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TETRACICLINA (TE) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	AMPICILINA (AMP) 10ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	SULFA/TRIMETOPRIM (SXT) 25ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CEFALOTINA CLSI (KF) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	NITROFURANTOINA (F) 300 ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CULTI LOOP ESCHERICHIA COLI ATCC(R) 25922 TM* (x 5 LOOPS)	109,000.0	109,000
1	KIT STREPTOCOCCUS, 50 TEST	110,000.0	110,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	261,725
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	261,725
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	49,728
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	311,453

SON : TRESCIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

			
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN 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 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AGAR XLD x 500 GRS.	42,500.0	42,500
1	PIPETAS PASTEUR PLASTICA (PE) 3ML x 500 UN.	15,500.0	15,500
1	TUBO ENSAYO DE VIDRIO, 13 x 100 MM. x 250 UN.	7,250.0	7,250
1	AGAR TCBS x 500 G.	38,900.0	38,900
3	TORULA ASTA MADERA-PUNTA ALGOD./EST. 100 UN.	4,900.0	14,700
1	CONTENEDOR DEPOSICION (PS) 15ML. T/PRE, C/CUCH . x 200 UN.	12,500.0	12,500
1	REACTIVO DE BURROWS (FIJADOR PAF) x 1 L.	12,900.0	12,900
2	MATRAZ ERLLENMEYER VIDRIO, BOCA ANGOSTA GRADUAD O, 1000 ML.	9,800.0	19,600
20	COBREOBJETOS 22 x 22 x 100 UN.	1,700.0	34,000
20	TUBO VHS-ESR MONOSED A 1,28 ML. (NA-CIT) x 100 UN.	21,500.0	430,000
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
1	CUBETA PLASTICA (PS) P/AUTOMATIZADOR HITACHI, 3ML. x 1000 UN.	19,800.0	19,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	731,250
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	731,250
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	138,938
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	870,188

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS SETENTA MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

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 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	NAOH DETERGENTE 2 x 1,8 L.	117,710.0	353,130
20	ETIQUETAS AUTOAD. TERMICAS ROLLO x 2000	10,190.0	203,800
5	ACIDO URICO GEN.2 COBAS INTEGRA	33,560.0	167,800
1	ALBUMINA GCG GEN.2 COBAS C, 300 TEST	23,536.0	23,536
2	BIL-D GEN.2, 350 TESTS COBAS C, INTEGRA	32,104.0	64,208
6	BIL-T DPD GEN.2, 250 TESTS, COBAS C	35,000.0	210,000
1	CALCIO COBAS INTEGRA 300 TESTS	27,480.0	27,480
6	COBAS C INTEGRA HDL-C GEN.3, 200 TESTS	111,368.0	668,208
4	COLESTEROL TOTAL COBAS C	22,104.0	88,416
4	CREATININA JAFFE GEN.2 COBAS C, 700 TESTS	24,032.0	96,128
4	FOSFATASA ALCALINA IFCC GEN.2 COBAS INT	31,592.0	126,368
1	FOSFORO GEN.2 COBAS INTEGRA 250 TESTS	19,584.0	19,584
4	GGT2 GEN.2 COBAS INTEGRA 400 TESTS	36,600.0	146,400
4	GLUCOSA HK COBAS C, 800 TESTS	71,416.0	285,664
2	AST/GOT COBAS INTEGRA 500 TESTS	47,368.0	94,736
2	ALTL COBAS INTEGRA 500 TESTS	47,368.0	94,736
1	PROTEINAS TOTALES GEN 2 COBAS INTEGRA	17,568.0	17,568
8	TRIGLICERIDOS COBAS INTEGRA 250 TESTS	69,528.0	556,224
4	COBAS C INTEGRA UREAL 500 TESTS	46,160.0	184,640
9	ALB-T TQ GEN.2. 100 TESTS, COBAS C, INTEGRA	96,280.0	866,520
1	CFAS PROTEINAS URINARIAS	126,927.0	126,927
1	PROTEINA C REACTIVA, CRP GEN.3 250 TESTS	131,333.0	131,333
4	NAOH-D CLEAN COBAS INTEGRA	8,622.0	34,488
5	TINA QUANT Hba1c GEN.3, 150 TESTS, COBAS	244,344.0	1,221,720

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	5,809,614
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	5,809,614
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,103,827
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,913,441

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SEIS MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

	<i>Peno 006</i>		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 26-03-2014

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

servase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	URISYS 2400 CASSETTE 400 STRIP	114,931.0	689,586
1	DILUYENTE ISE II GEN. 2, KIT	57,672.0	57,672
1	ISE INT. STANDAR GEN.2 COBAS	81,756.0	81,756
2	ELECSYS HCG+B II	174,909.0	349,818
7	ELECSYS TRH 200 TEST	263,963.0	1,847,741
2	ELECSYS FSH 100 TEST	176,190.0	352,380
3	ELECSYS PSA GEN. 2.1	274,533.0	823,599
2	ELECSYS PRECLEAN M COBAS e	145,830.0	291,660
2	ELECSYS CLEANCELL M 2 x 2L.	85,806.0	171,612
2	ELECSYS PROCELL M 2 x 2L.	85,806.0	171,612
2	ELECSYS T4 LIBRE 200 TEST	249,522.0	499,044

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 5,336,480
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 5,336,480
 IVA 1,013,931
 TOTAL FACTURA 6,350,411

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS

Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

28-29

069993

FECHA: 26-03-2014

Señor(es) FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	CONTENEDOR MUESTRAS (PP) 120ML, ESTERIL R, T/R OS-R, INDI x 250 UN.	28,000.0	224,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	224,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	224,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	42,560
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	266,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

	new oob		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 26-03-2014

Señor(es): INGSMART S. A. 968583700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

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. servase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	HP 240 G1 - COREi5 3230M/2.6GHz - WINDOWS 8 PR O 64-BIT - 4 GB RAM - 750 GB HDD SUPERMULTI - 14" HD.	404,347.0	1,213,041

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	1,213,041
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 2.0	24,261
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,188,780
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	225,868
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,414,648

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

Señor(es): **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 HP 240 G1 CORE i5 3230M 4GB/750GB, WINDOWS 8 PRO 64BITS - PANTALLA 14"	449,000.0	449,000



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

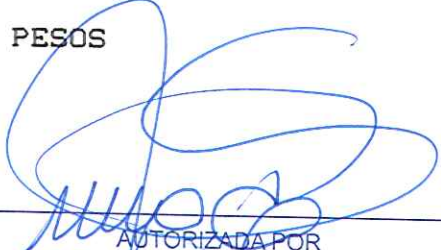
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	449,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	449,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	85,310
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	534,310

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

 Emitido por	<i>pero d</i> <i>186</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

10-4

069990

FECHA: 26-03-2014

Añor(es): ANA MARIA BARBOZA MORALES 074281613

Dirección: PADRE ERRAZURIZ 7469

Teléfono:

At.: Sr. ANA M. BARBOZA
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
347	TRABAJANDO COMP. LECTORA 2 BASICO EMP. + CD	6,700.0	2,324,900
357	TRABAJANDO SIMCE MATEMATICA 6 BASICO	13,500.0	4,819,500
403	TRABAJANDO SIMCE MATEMATICA NB3 - NB6 + CD	10,000.0	4,030,000
403	TRABAJANDO SIMCE LENGUAJE 8 BASICO + CD	13,500.0	5,440,500
357	TRABAJANDO SIMCE LENGUAJE 6 BASICO + CD	14,500.0	5,176,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	21,791,400
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 2.0	435,828
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	21,355,572
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	4,057,559
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,413,131

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICINCO MILLONES CUATROCIENTOS TRECE MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS

--	--	--	--

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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

069989

FECHA: 25-03-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PAPEL HIGIENICO ELITE D/HOJA 48 x 30 MTS.	11,989.0	47,956


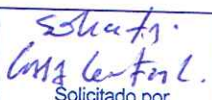


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y SIETE MIL SESENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 47,956
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 47,956
 IVA 9,112
 TOTAL FACTURA 57,068

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 25-03-2014

Señor(es): INARCON EIRL 762057646

Dirección: SIMON BOLIVAR 4755 OFICINA D

At.: Sr.: JORGE INOPE

Teléfono:

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.

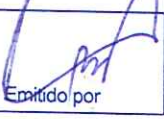
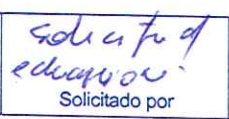

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TINTA PARA RISO CZ 180, 800 CC. BLACK	9,900.0	79,200
8	MASTER PARA RISO CZ 180 B4	21,000.0	168,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	247,200
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	294,168

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y OCHO PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 25-03-2014

Señor(es): PAOLA RIVERA SOTO 162797212

Dirección: JACINTO BENAVENTE 9371

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
1	MAQUINA TERMOLAMINADORA VOYAGER	385,000.00	385,000

LA FACTURA DEBE 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 : 431118	MAQ.Y EQ.OFICINA	VALOR NETO	385,000
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	385,000
LUGAR ENTREGA : AVDA.CRISTOBAL COLON 9188		IVA	73,150
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	458,150

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS

	<i>Neno 455</i>		
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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-03-2014

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 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.

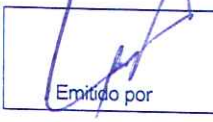

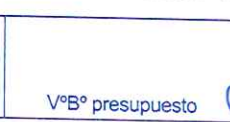

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
72	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,666.0	119,952
17	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,823.0	30,991


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	150,943
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	150,943
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	28,679
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,622

SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTIDOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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: 25-03-2014

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

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
38	CEREAL BARRA COSTA FRUTOS ROJOS+YOGURT CAJA x 20 UN.	1,671.0	63,498
750	JUGO NATURAL 200 CC. YUZ DAMASCO TETRA UN.	159.0	119,250

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

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

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	182,748
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	182,748
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	34,722
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	217,470

SON : DOSCIENTOS DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:



ORDEN DE COMPRA

253

069977

FECHA: 20-03-2014

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
10	STICK FIX	437.00	4,370
1	CAJA DE BARRITAS DE SILICONA	360.00	360
5	PORCELANA FRIA 1/2 KILO	2,290.00	11,450
8	GOMA EVA BLOCK 6 COLORES	712.00	5,696
20	PALITOS HELADO BLANCO X 50 UN	110.00	2,200
4	PLIEGO CARTULINA BLANCA	72.00	288
2	LAPIZ MARCADOR	273.00	546
2	PLIEGO CARTULINA METALICA AZUL	299.00	598
2	PLIEGO CARTULINA METALICA ROJA	299.00	598
2	PLIEGO CARTULINA METALICA VERDE	299.00	598
2	PLIEGO CARTULINA METALICA AMARILLA	299.00	598
2	PLIEGO CARTULINA METALICA PLATEADA	299.00	598
2	PLIEGO CARTULINA AMARILLA	72.00	144
2	PLIEGO CARTULINA CELESTE	72.00	144
2	PLIEGO CARTULINA VERDE CLARO	72.00	144
2	PLIEGO CARTULINA VERDE OSCURA	72.00	144
2	PLIEGO CARTULINA ROJA	72.00	144
2	COLA FRIA X BOLSA	768.00	1,536
2	PLIEGO PAPEL CREPE BLANCO	89.00	178
2	PLIEGO PAPEL CREPE AMARILLO	89.00	178
10	LLAVEROS	30.00	300
2	CARPETA PAPEL DIFERENTES COLORES	611.00	1,222

LA FACTURA DEBE SER 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 : 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	32,034
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 32,034
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 6,086
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 38,120

SON : TREINTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZABA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 20-03-2014

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

y/o ejecutar, 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	MADEJA DE LANA BLANCA	1,750.00	1,750
2	MADEJA DE LANA AMARILLA	1,750.00	3,500
3	MADEJA DE LANA ROJA	1,750.00	5,250
4	MADEJA DE LANA AZUL	1,750.00	7,000
5	MADEJA DE LANA CELESTE	1,750.00	8,750
6	MADEJA DE LANA VERDE	1,750.00	10,500
7	MADEJA DE LANA MARRON	1,750.00	12,250

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	49,000
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 49,000
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 9,310
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 58,310

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

	<i>Neno</i> + MB		
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): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

8510922

At.: Sr.:

*** Despachar factura en Lugar Entrega ***
Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BLCO. PAQ. x1000 IMPRESOS SEGUN MUESTRA ADJUNTA	5,990.0	179,700




LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	179,700
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	179,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,143
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	213,843

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 20-03-2014

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LAPIZ SCRIPTO	1,050.00	10,500
2	LATEXX AL AGUA X 1 LT	6,800.00	13,600
9	CAJA TRUPAN 17 X 12 X 4 CM	1,400.00	12,600
11	MARCO FOTO PARED 20 X 20	1,450.00	15,950
4	AZULEJO AMARILLO	1,600.00	6,400
2	AZULEJO ROJO	1,600.00	3,200
2	AZULEJO VERDE CLARO	1,600.00	3,200
2	AZULEJO VERDE OSCURO	1,600.00	3,200
5	LATEX 120 CC ROSADO	1,400.00	7,000
2	LATEX 120 CC ROJO	1,400.00	2,800
2	LATEX 120 CC AMARILLO	1,400.00	2,800
2	LATEX 120 CC FUCSIA	1,400.00	2,800
2	LATEX 120 CC VERDE CLARO	1,400.00	2,800
1	LATEX 120 CC VERDE OSCURO	1,400.00	1,400
2	LATEX 120 CC MORADO	1,400.00	2,800
3	LATEX 120 CC CELESTE	1,400.00	4,200
2	LATEX 120 CC AZUL	1,400.00	2,800
1	ARPILLERA MARRON	2,100.00	2,100
1	ARPILLERA AMARILLA X METRO	2,100.00	2,100
20	TRUPAN 20 X 20 CM	990.00	19,800
60	TRUPAN 30 X 30 CM	1,200.00	72,000
10	TRUPAN 40 X 40 CM	1,600.00	16,000
24	TARUGO O SIMILAR 45 CM	900.00	21,600
3	GENERO DE FORRO ROJO X METRO	3,900.00	11,700
3	GENERO DE FORRO AMARILLO FUERTE	3,900.00	11,700
3	GENERO DE FORRO BLANCO	3,900.00	11,700
1	ARPILLERA AMARILLA X METRO	2,100.00	2,100
1	ARPILLERA ROJA X METRO	2,100.00	2,100
12	BROCHAS TAMANO CHICO	1,300.00	15,600

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA	: 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	286,550
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 286,550
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 54,445
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 340,995

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 20-03-2014

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

Dirección: PROVIDENCIA 2687

Teléfono: 2322645

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


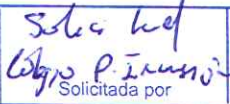

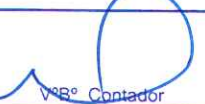
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ALARGADOR ZAPATILLA CON INTERRUPTOR	4,870.00	29,220

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 : 421109 MAT.DIDACT.ENSEANZA	VALOR NETO	29,220
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	29,220
LUGAR ENTREGA : AVDA.CRISTOBAL COLON 9188	IVA	5,552
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,772

SON : TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 20-03-2014

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

Dirección: PROVIDENCIA 2687

Teléfono: 2322645

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
2	ALARGADORES MULTIPLES ZAPATILLA CON INTERRUPTOR	4,870.00	9,740
3	PLANCHAS METALICAS 60 X 60 CM	8,950.00	26,850


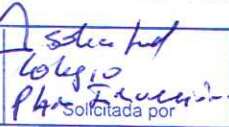

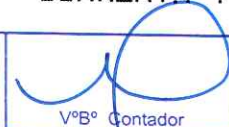
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421109 MAT.DIDACT.ENSEÑANZA	VALOR NETO	36,590
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	36,590
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	6,952
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,542

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

FECHA: 20-03-2014

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

Dirección: PROVIDENCIA 2687

Teléfono: 2322645

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	CABLE CONECTOR FUENTE PODER ROJO	3,480.00	34,800
10	CABLE CONECTOR FUENTE PODER NEGRO	1,150.00	11,500




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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421109 MAT.DIDACT.ENSEÑANZA	VALOR NETO	46,300
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	46,300
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	8,797
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,097

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL NOVENTA Y SIETE PESOS

 Emisor por	 Solicitada por	VºBº presupuesto	 VºBº Contador
--	---	------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:


AUTORIZADA POR

069970

FECHA: 20-03-2014

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

Dirección: PROVIDENCIA 2687

Teléfono: 2322645

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
25	ROLLO DE ALAMBRE NYA 1.5 MM X 10 MTS BLANCO	1,430.00	35,750
25	ROLLO DE ALAMBRE NYA 1.5 MM X 10 MTS ROJO	1,430.00	35,750
15	ROLLO DE ALAMBRE NYA 1.5 MM X 10 MTS VERDE	1,430.00	21,450
10	ROLLO DE ALAMBRE NYA 2.5 MM X 10 MTS AZUL	2,270.00	22,700
10	ROLLO DE ALAMBRE NYA 2.5 MM X 10 MTS NEGRO	2,270.00	22,700
10	ROLLO DE ALAMBRE NYA 2.5 MM X 10 MTS ROJO	2,270.00	22,700
10	DISCO DE CORTE FE 4 1/2"	1,150.00	11,500
4	KILO DE SOLDADURA ELECTRICA 1/8	2,600.00	10,400
5	PLACA TERCIADO ESTRUCTURAL 20 MM	24,395.00	121,975
1	ROLLO MALLA CERCO CUADRICULADA G1	22,860.00	22,860
20	TIRAS DE FIERRO 6 MTS 30 X 20 X 2 MM ESP	6,514.00	130,280




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

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

CUENTA : 421109 MAT.DIDACT.ENSEÑANZA	VALOR NETO	458,065
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	458,065
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	87,032
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	545,097

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVENTA Y SIETE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): IZURIETA Y COMPANIA LIMITADA 772790600

Dirección: AV. CRISTOBAL COLON 3931

Teléfono:

At.: Sr.: TAMARA CONTRERAS

**** 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	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO/INV. DE 140 x 206	72,483.0	144,966
1	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO/INV. DE 106 x 100	39,157.0	39,157
2	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO/INV. DE 113 x 206	62,486.0	124,972
2	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO/INV. DE 118 x 75	34,992.0	69,984
2	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO/INV. DE 147 x 70	45,821.0	91,642
2	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO/INV. DE 197 x 118	69,151.0	138,302
11	INSTALACION CORTINA	5,840.0	64,240

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

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

CUENTA : 431102 MOBILIAR.ESCOLAR	VALOR NETO	673,263
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 14.0	94,257
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	579,006
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	110,011
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	689,017

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DIECISIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº 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

Señor(es): IZURIETA Y COMPANIA LIMITADA 772790600

Dirección: AV. CRISTOBAL COLON 3931

Teléfono:

At.: Sr. TAMARA CONTRERAS

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	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO/INV. DE 150 x 150	66,651.0	666,510
10	INSTALACION CORTINA	5,840.0	58,400

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 : 431102 MOBILIAR.ESCOLAR	VALOR NETO	724,910
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 14.0	101,487
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	623,423
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	118,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	741,873

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS

	
Emitido 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.

Señor(es): IZURIETA Y COMPANIA LIMITADA 772790600

Dirección: AV. CRISTOBAL COLON 3931

Teléfono:

At.: Sr. TAMARA CONTRERAS

**** 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	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO./INV. DE 108 x 90	39,157.0	391,570
10	INSTALACION CORTINA	5,840.0	58,400

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 : 431102 MOBILIAR.ESCOLAR	VALOR NETO	449,970
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 14.0	62,996
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	386,974
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	73,525
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	460,499

SON : CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA 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): IZURIETA Y COMPANIA LIMITADA 772790600

Dirección: AV. CRISTOBAL COLON 3931

Teléfono:

At.: Sr.: TAMARA CONTRERAS

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	CORTINA ROLLER T/SCREEN BLCO./INV. 94 x 115	36,659.0	109,977
3	INSTALACION CORTINA	5,840.0	17,520

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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431102 MOBILIAR. ESCOLAR
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 127,497
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 127,497
 IVA 24,224
 TOTAL FACTURA 151,721

SON : CIENTO CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS 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.

Señor(es): IZURIETA Y COMPANIA LIMITADA 772790600

Dirección: AV. CRISTOBAL COLON 3931

Teléfono:

At.: Sr.: TAMARA CONTRERAS

**** 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	CORTINA ROLLER TELA SCREEN AZUL DE 120 x 220	62,486.0	62,486
1	INSTALACION CORTINA	5,840.0	5,840

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431102 MOBILIAR.ESCOLAR	VALOR NETO	68,326
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	68,326
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	12,982
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,308

SON : OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 18-03-2014

Señor(es): INDUMAC LTDA. 837327008

Dirección: ALDUNATE 1076

Teléfono: 6722873

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

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

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	CUBIERTA PUPITRE 60 X 60 MINEDUC 12 MMENCHAPE FORMALITA TIPO 5	4,990.00	249,500


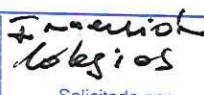

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 431102 MOBILIAR.ESCOLAR	VALOR NETO	249,500
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	249,500
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	47,405
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	296,905

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS 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): PROMANO LTDA 783073307

Dirección: MERCED 753 LOCAL 41

Teléfono: 2633 8785

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
1	BASE METALICA PARA LAMINADOR GRANDE	50,420.17	50,420
1	GUILLOTINA MANUAL 5" UYUSTOOLS	87,310.92	87,311
1	LAMINADOR CON REDUC. CHAPA/ALAMBRE 120 MM	890,756.30	890,756



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

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

CUENTA : 431118 MAQ.Y EQ.OFICINA	VALOR NETO	1,028,487
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,028,487
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	195,413
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,223,900

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS VEINTITRES MIL NOVECIENTOS PESOS

 Emitido por	<i>Solicitud Colegios</i> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 18-03-2014

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 sirvase despachar

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


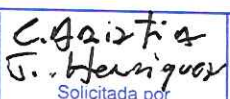
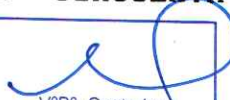
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	SONDA DE ASPIRACION ESTERIL DESECHABLE N 8	90.0	45,000

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 : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	45,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,550
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,550

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

 Ejecutado 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.

069960

FECHA: 18-03-2014

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

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
51	CEREAL BARRA COSTA CAJA X 20 UNIDADES	1,671.00	85,221
1,020	JUGO NATURAL 200 CC YUZ DAMASCO TETRA	159.00	162,180





LA FACTURA DEBE SER 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. -

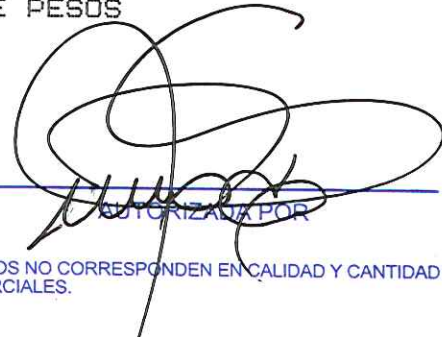
CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	247,401
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	247,401
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	47,006
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	294,407

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS

 Emitido por	 Inversión Colegios 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.

Ricardo Irie original

069959

FECHA: 18-03-2014

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

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

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


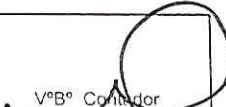
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	RADIO CD NEX	21,000.00	42,000

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

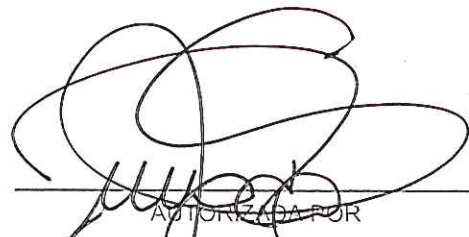
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	42,000
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	42,000
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	7,980
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,980

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

 Emitido por	<i>Inversión Colegios</i> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069958

20-7

FECHA: 18-03-2014

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

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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	RADIO CD NEX ✓	21,000.00	21,000

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

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

CUENTA : 123102	MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLA	VALOR NETO	21,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	21,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811		IVA	3,990
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	24,990

SON : VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

Emitido por	Inversión Cedejos Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Comador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 18-03-2014

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

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

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


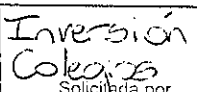
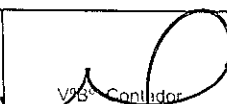
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	RADIO GRABADORA PHILIPS	29,403.36	147,017
2	LED 50 PULGADAS AOC 50H254	310,915.97	621,832
	4 CD, MP3, USB		
	1		

LA FACTURA DEBE SER 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	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVALOR NETO	768,849
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 768,849
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA 146,081
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 914,930

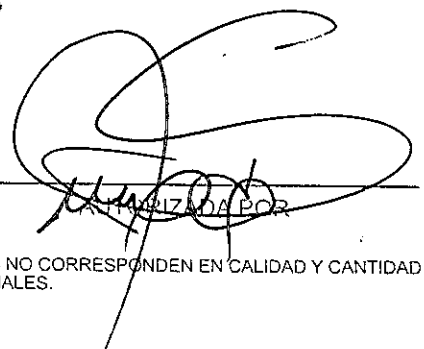
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : NOVECIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS VEINTINUEVE PESOS

 Emilido por	 Inversión Colegios Solicitada por	VºBº presupuesto	 VºBº Contador
--	---	------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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



AUTORIZADA POR



ORDEN DE COMPRA

20-3

069956

FECHA: 18-03-2014

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

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	VENTILADORES OSTER 1693 RED	19,319.33	57,958
3	HERVIDOR THOMAS TH-600	25,201.68	75,605

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

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

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLA	VALOR NETO	133,563
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	133,563
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	25,377
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	158,940

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

	<i>Inversión Colegios</i> 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): CENCOSUD RETAIL S.A. 81201000K

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha
 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	RADIO GRABADORA PHILIPS	29,403.36	29,403
3	MICROONDAS DIGITAL THOMAS TH220 25 LTS	42,008.40	126,025
	CD, MP3, USB AZ 38M		

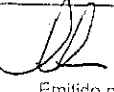
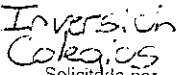


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039


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

CUENTA : 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAV	VALOR NETO	155,429
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	155,429
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	29,531
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,960

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Inversión Colegios 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

20-3

069954

18-03-2014

FECHA:

CENCOSUD RETAIL S.A. 81201000K

Señor(es):

COYANCURA 2241 PISO 2

Dirección:

3367177

Teléfono:

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

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

servase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MICROCOMPONENTE PHILIPS	67,218.49	67,218

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA	: 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLAVALOR NETO	DESCUENTO 0.0	67,218
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE		0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	67,218
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	12,772
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	79,990

SON : SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

	<i>Inversión Cobajos</i>		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Proveedor

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): CARDENAS Y PEDEMONTE S. A. 789254400

Dirección: AGUSTINAS N° 695

Teléfono:

At.: Sr.: FREDDY MILLA

**** 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
100	CLOTRIMAZOL 500 MG., OVULOS x UNIDAD	486.0	48,600
100	IMIPRAMINA 25 MG., CAJA x 40 COMP.	670.0	67,000

LA FACTURA DEBE SER 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. -

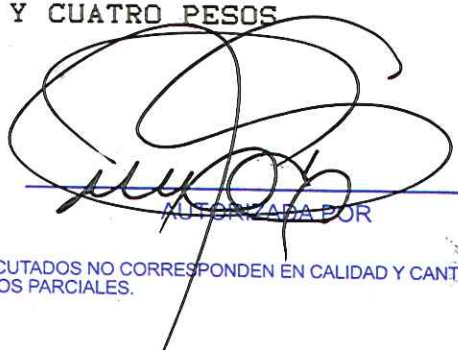
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 115,600
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 115,600
IVA 21,964
TOTAL FACTURA 137,564

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

 Emitido por	<i>Solicitud Remo de IB</i> Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

069951

FECHA: 18-03-2014

Señor(es): CARDENAS Y PEDEMONTE S. A. 789254400

Dirección: AGUSTINAS N|| 695

Teléfono:

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

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

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	CLOTRIMAZOL 500 MG., OVULOS x UNIDAD	486.0	48,600
125	IMIPRAMINA 25 MG., CAJA x 40 COMP.	670.0	83,750




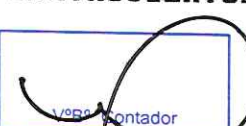
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

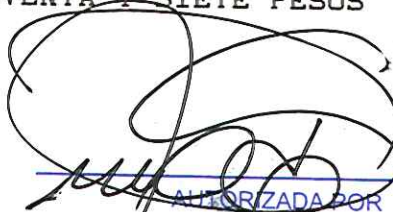
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 132,350
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 132,350
 IVA 25,147
 TOTAL FACTURA 157,497

SON : CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS 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 USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	KIT ODONTOLOGICO ADULTO MAYOR 60 ANOS	4,900.0	490,000

LA FACTURA DEBE SER 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	490,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	490,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	93,100
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	583,100

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIEN PESOS

 Emitido por	Revo 259 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

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
194	CEPILLO DENTAL STAGE 2 (ETAPA 2 a 4 ANOS) ORAL B	860.0	166,840
97	PASTA DENTAL INFANTIL DE 100 gms STAGE - ORAL B	1,015.0	98,455

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

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

CUENTA : 424251 GES PREVENTIVO EN SALUD BUCAL	VALOR NETO	265,295
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	265,295
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	50,406
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	315,701

SON : TRESCIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS UN PESOS

 Entido por	no 254 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	--------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 18-03-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

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.


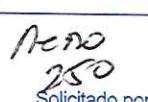
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
876	CEPILLOS DENTALES 5 a 7 ANOS	1,015.0	889,140
438	PASTA DENTAL INFANTIL	860.0	376,680

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 424251 GES PREVENTIVO EN SALUD BUCAL	VALOR NETO	1,265,820
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,265,820
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	240,506
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,506,326

SON : UN MILLON QUINIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 18-03-2014

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

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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
100	KIT ODONTOLOGICO GES EMBARAZADA N 3	10,250.0	1,025,000

LA FACTURA DEBE SER 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 : 424252 ODONTOLOGICO INTEGRAL EMBARAZADA	VALOR NETO	1,025,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,025,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	194,750
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,219,750
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : UN MILLON DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS		

 Emitido por	new 249 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

Señor(es): WALMART CHILE COMERCIAL LTDA. 779106209

Dirección: PANAMERICANA NORTE 8301

Teléfono:

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

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

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TARJETAS \$ 150.000	150,000.00	300,000

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

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


CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	300,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	300,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	300,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS MIL PESOS

	MEMO # 125	
Emitido por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	RANITIDINA 50 MG. /2 ML. CAJA x 100 AMP.	6,400.0	12,800
8	DICLOFENACO SODICO 75 MG. /3 ML. CAJA x 100 AMP	6,100.0	48,800


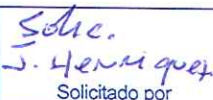
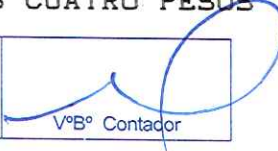
REVISAR

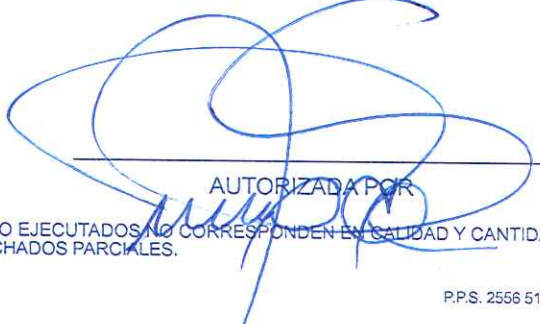
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	61,600
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	61,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,704
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	73,304

SON : SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS

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

AUTORIZADA POR


OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): 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

servase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TIRAS ORINA 10 PARAM. FCO. x 100 READER 300	6,500.0	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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	32,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	32,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,175
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	38,675

SON : TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069941

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
300	QUETIAPINA 100 MG. CAJA x 30 COMP.	4,200.0	1,260,000

LA FACTURA DEBE SER 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 : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,260,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,260,000
 IVA 239,400
 TOTAL FACTURA 1,499,400

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS

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

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

069940

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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
14	POLIVITAMINICO (FERCOVIT) CAJA x 1000 COMP.	32,000.0	448,000

LA FACTURA DEBE SER 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 APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 448,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 448,000
IVA 85,120
TOTAL FACTURA 533,120

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO VEINTE PESOS

			
Empleado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

069939

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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
18	POLIVITAMINICO (FERCOVIT) CAJA x 1000 COMP.	32,000.0	576,000

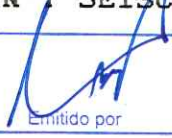
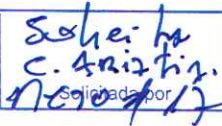
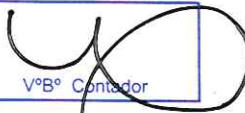
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	576,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	576,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	109,440
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	685,440

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por C. Ariztia	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At: Sr.: CLAUDIA KEIL

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG. CJ/20 CO MP.	2,300.0	575,000

LA FACTURA DEBE 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	575,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	575,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	109,250
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	684,250

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): FIDECOOP EDITORES S.A. 761251120

Dirección: AVDA 11 DE SEPTIEMBRE 2155 TORRE A OF 10

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
120	DECLARACION DE ACCIDENTE ESCOLAR COD 411949	3,294.11	395,293
1	DESPACHO	1,680.00	1,680


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 : 424106 PISE PROG.SALUD ESCOLAR INTEGRAD	VALOR NETO	396,973
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	396,973
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	75,425
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	472,398

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

	MEMO# 71		
Emitted por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR


OBSERVACIONES:

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

069936

FECHA: 17-03-2014

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 07-03-2014 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	PECHERAS PLASTICAS DESECHABLES MANGA LARGA	197	19,700

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	19,700
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,700
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	3,743
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,443

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

 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): 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 17-03-2014 sírvase despachar

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


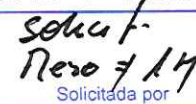
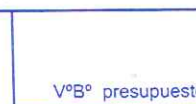
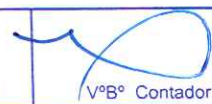
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	2,600	10,400
4	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	2,600	10,400
7	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	2,600	18,200
8	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,300	10,400

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	49,400
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,400
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	9,386
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,786

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

 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): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-03-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 032014

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

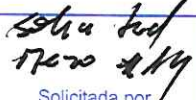
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL 70 CAJA X 15 LT	14,400.0	14,400
1	ALGODON HIDROFILO ROLLO x 1 KILO	4,300.0	4,300

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	18,700
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,700
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	3,553
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,253

SON : VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 032014 de Fecha 01-03-2014 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	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	9,000	135,000

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	135,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.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

SON : CIENTO SESENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	<i>Solicitada por</i> Neno 415 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.

18-3

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 032014 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-03-2014 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	ROLLO DE PAPEL PARA E.C.G 50mm x 30mts (int. 16 mm)	720	7,200
10	ROLLO DE PAPEL PARA E.C.G 60mm x 30mts (890	8,900
10	ROLLO DE PAPEL PARA E.C.G 80mm x 30mts	1,850	18,500

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	34,600
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	34,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,574
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	41,174

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUARENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

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 07-03-2014 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	FERULA ALUMINIO DIGITALES PEDIATRICA BOL x 50U N 1.5 X 30 CMS.	15,650	62,600
5	JERINGA DESECHABLE 10 CC BD CAJA X 100	3,100	15,500

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	78,100
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,839
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	92,939

SON : NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 17-03-2014

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
5	BRANULA N° 18, INSYTE BD CAJA X 50	10,650	53,250
10	BRANULA N° 20, INSYTE BD CAJA X 50	10,650	106,500
10	BRANULA N° 22, INSYTE BD CAJA X 50	10,650	106,500
2	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	3,510	7,020
30	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,300	39,000
10	LANCETAS CAJA X 100 CAJA X 100	3,200	32,000

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	344,270
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	344,270
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	65,411
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	409,681

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

FECHA: 17-03-2014

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° 032014

de Fecha 17-03-2014

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	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA L	2,190	43,800
20	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	2,190	43,800
20	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	2,190	43,800
3,000	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	38	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 factorización del pago de este documento.

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

VALOR NETO 245,400
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 245,400
IVA 46,626
TOTAL FACTURA 292,026

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS

--	--	--	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

18-3

069927

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 36006

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-03-2014 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	MASCARILLAS OXIG.AD. MULTI VENT N° 1088	1,130	113,000
50	MASCARILLAS OXIG.AD. RESERVORIO N° 1060	1,160	58,000
100	MASCARILLAS OXIG.PED. MULTI VENT N° 1089	963	96,300
200	MASCARILLAS OXIG.PED. NEVULIZADOR N° 1886	864	172,800

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

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

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

VALOR NETO 440,100
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 440,100
 IVA 83,619
 TOTAL FACTURA 523,719

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS VEINTITRES MIL SETECIENTOS DIECINUEVE PESOS

Entidad 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: 17-03-2014

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° 032014

de Fecha 07-03-2014

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	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1 B.D. X 100	1,200	6,000
5	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1/2 B.D. X 100	1,200	6,000
5	AGUJAS DESECHABLES 22G X 1/2 B.D. X 100	1,200	6,000
5	BRANULA N 14 INSYTE BD CAJA X 50	11,500	57,500
5	BRANULA N 16, INSYTE BD CAJA X 50	11,500	57,500
4	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-0 1A/A-21G/BL	23,000	92,000
2	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N 7	7,900	15,800
2	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N 7 1/2	7,900	15,800
5	JERINGA DESECHABLE 20 CC BD CAJA X 100	3,750	18,750
3	STERI STRIP (X 50 TIRAS) 3M CAJA X 50	20,783	62,349


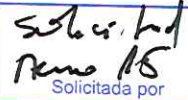

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	337,699
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	337,699
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	64,163
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	401,862

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS UN MIL OCHOCIENTOS SESENTA 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.

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): DMED S.A. 995639807

Dirección: LOS LEONES 2376

Teléfono: 2409010

At.: Sr.: CRISTIAN INFANTE

De acuerdo a su cotización N° 1528

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 10-03-2014

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
4	FIJADOR AUTOMATICO G 334i 2X20 VAR	20,392	81,568
10	PLACAS MAMORAY 18X24 CM. VAR	35,000	350,000
2	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 18X24 CM. VAR	16,381	32,762
7	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 24X30 CM. VAR	27,302	191,114
6	REVELADOR AUTOMATICO G 138 2X20 VAR	24,546	147,276


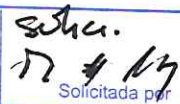

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	802,720
DESTINO : CENTRO IMAGENLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	802,720
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	152,517
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	955,237

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

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


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

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 17-03-2014

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	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	3,510	14,040
2	PRESERVATIVOS SIN LUBRICAR USO GINECOLOGICO X 100	6,800	13,600

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	27,640
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,640
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	5,252
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,892
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SDN : TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS		

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

069923

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 032014

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 01-03-2014

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	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	35,226

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

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

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

VALOR NETO 35,226
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 35,226
 IVA 6,693
 TOTAL FACTURA 41,919

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE 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.

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 032014

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 01-03-2014

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
30	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100	243,000
20	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	9,000	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 - FONOS: 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 NETO 423,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 423,000
 IVA 80,370
 TOTAL FACTURA 503,370

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : QUINIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS

	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.

069921

FECHA: 17-03-2014

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 06-03-2014 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	ASKINA CALGITROL AG 15 X 15 CJ 10UNID	73,500.0	294,000
5	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESI VO 10X10 CM. CJX10	23,000.0	115,000
6	TEGADERM AGMESH 3M CAJA	22,000.0	132,000


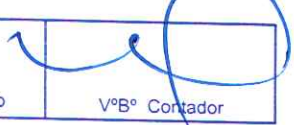

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	541,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	541,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	102,790
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	643,790

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS

 Emitido por	<i>Solicitud</i> <i>no 17</i> Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--	---	--


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

18-3

069920

17-03-2014

FECHA:

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 032014 de Fecha 07-03-2014

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
120	ESPECULO DESECHABLE 20mm.	390	46,800
200	BOQUILLAS DE PAPEL PARA FLUJOMETRO 30X6.5 cmt.	125	25,000
120	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390	46,800
10	ROLLO DE PAPEL PARA E.C.G 80mm x 30mts	1,850	18,500

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	137,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	137,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,049
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	163,149

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO SESENTA Y TRES MIL CIENTO CUARENTA 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: 17-03-2014

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 07-03-2014

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
10	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM. X10 CM	2,600	26,000
5	JERINGA 10 CC. TERUMO X 100	3,100	15,500
7	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	2,200	15,400
10	PARCHE DE CURITA REDONDO CAJ x 100UND.	640	6,400
20	REMOVE" REMOVEDOR DE ADHESIVO EN TOALLITAS CJ /50	5,382	107,640

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	170,940
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	170,940
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	32,479
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	203,419
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOSCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS

	<i>Solicitada por</i> Nro 14	V°B° presupuesto	
--	---------------------------------	------------------	--

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 17-03-2014

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	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.		
20	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	3,510.0	7,020
50	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	2,600.0	52,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,300.0	65,000
4	MARIPOSA N° 21 GENERICO CAJA X 50	1,300.0	26,000
5	MARIPOSA N° 23 GENERICO CAJA X 50	2,000.0	8,000
5	PRESERVATIVOS SIN LUBRICAR USO GINECOLOGICO X 100	2,000.0	10,000
		6,800.0	34,000
20	RECOLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	350.0	7,000
20	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 08 X 5	650.0	13,000
2	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594.0	21,188
1	EQUIPO BAJADA DE SUERO HOSPITAL HOMECARE CAJA x 100	13,000.0	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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	256,208
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	256,208
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	48,680
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	304,888

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

 Empledo 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.

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 17-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 032014

y/o ejecutar, 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	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND		
60	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	435	4,350
5	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°11	2,190	131,400
5	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°15	2,278	11,390
10	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°20	1,931	9,655
5	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°22	2,800	28,000
30	MASCARILLAS DESECHABLES DE 3 PLIEGUES ELASTICO RED. CAJ x 50 PCS.	1,990	9,950
5	PARCHE DE CURITA TIRA NORMAL CAJ x 100UND.	675	20,250
5	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	410	2,050
		11,245	56,225

LA FACTURA DEBE SER 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	273,270
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	273,270
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	51,921
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	325,191

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-03-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 36006

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	MASCARILLAS OXIG. AD. NEVULIZADOR N° 1885	991	49,550

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	49,550
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,550
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,415
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,965
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 17-03-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 0314

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-03-2014

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



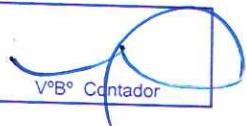
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ALGODON MOTAS BOLSA 200 UNIDADES	900	18,000
5	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (SUEÑO)	3,630	18,150

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 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
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUARENTA Y TRES MIL DIECINUEVE PESOS

VALOR NETO 36,150
 DESCUENTO 0.0 0.
 SUB-TOTAL 36,150
 IVA 6,869
 TOTAL FACTURA 43,019

			
Empleado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 17-03-2014

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 032014

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-03-2014 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	AQUACEL AG 15X15 CJ. X5 UD.	70,000	420,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 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 NETO 420,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 420,000
IVA 79,800
TOTAL FACTURA 499,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS

 Emisor	<i>Sol. Meno 14</i> 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: 17-03-2014

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 032014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BIOCLUSIVE 5 X 6 CAJA	21,917	43,834
6	ADAPTIC TULL IMPREGNADO NO ADHERENTE 7.5 X 7.5 CJX50	13,585	81,510
5	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 6.5X9.5 CM. CJX10	58,413	292,065
2	NU-GEL HIDROGEL AMORFO 25GS. CJX6	17,606	35,212

LA FACTURA DEBE SER 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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	452,621
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	452,621
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	85,998
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	538,619

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS DIECINUEVE PESOS

	<i>Sol. Nro 414</i>		
Emitted by	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: AVDA. SUECIA 0119 OF. 508

Teléfono: 6211059

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 032014

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 17-03-2014 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	KIT AUXILIAR DE PAPANICOLAU	16,700	66,800



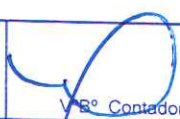
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069911

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 032014

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 01-03-2014 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	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 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

SON : CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

Entregado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 17-03-2014

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° 032014

de Fecha 07-03-2014

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
40	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	590	23,600
2	ALCOHOL 70 CAJA X 15 LT	14,400	28,800
10	TUBO VDRL 16X1000MM. X100	5,500	55,000

*la reharán
entregada 69910
a P. Alfaflex
22 x 30 000
80007*

LA FACTURA DEBE SER 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	107,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	107,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	20,406
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,806

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS

	<i>Soltero Domo 14</i>		
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.

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): LUIS ALBERTO ROKY LABORIE 064377329

Dirección: NAPOLEON 3565 OF. 1505

Teléfono:

At.: Sr. EDUARDO ROKY
De acuerdo a su cotización N° 0314

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 13-03-2014 sírvase despachar

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


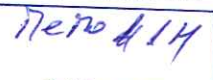

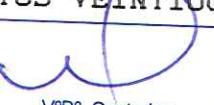
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	FARMAFIX 5 CM. x 10 MT		
2	FARMAFIX 10 CM. x 10 MT.	1,600.0	3,200
2	FARMAFIX 15 CM x 10 MT.	3,600.0	7,200
2	FARMAPORE 8 x 10 CM.	5,400.0	10,800
1	FARMAPORE 10 x 20 CM.	15,000.0	30,000
		20,000.0	20,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	71,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,528
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	84,728

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.


AUTORIZADA POR

17-03-2014

FECHA:

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 032014

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 01-03-2014

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	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100	162,000
30	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	9,000	270,000

LA FACTURA DEBE 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
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : QUINIENTOS CATORCE MIL OCHENTA PESOS

VALOR NETO 432,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 432,000
 IVA 82,080
 TOTAL FACTURA 514,080

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

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 06-03-2014 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	LINOVERA SOLUCION	12,500.0	250,000
5	ASKINA SRB MECHA ROLLOS 2,7 X 34 CM.	22,000.0	110,000
3	ASKINA SORB PARCHE 10X10CM.	27,000.0	81,000





LA FACTURA DEBE 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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	441,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	441,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	83,790
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	524,790

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

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 07-03-2014

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
200	VENDA DE GASA ELASTOMULL 10CM. X4MT.	261	52,200

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SESENTA Y DOS MIL CIENTO DIECIOCHO PESOS

VALOR NETO 52,200
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 52,200
 IVA 9,918
 TOTAL FACTURA 62,118

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

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

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 17-03-2014

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	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1		
20	SONDAS FOLEY ESTERILES DESECHABLES N° 18 X 5	10,594	105,940
20	SONDAS FOLEY ESTERILES DESECHABLES N° 16 X 5	1,725	34,500
20	SONDAS FOLEY ESTERILES DESECHABLES N° 14 X 5	1,725	34,500
20	SONDAS FOLEY ESTERILES DESECHABLES N° 12 X 5	1,725	34,500
60	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,725	34,500
50	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,300	78,000
8	BRANULA N° 22, INSYTE BD CAJA X 50	1,300	65,000
8	BRANULA N° 20, INSYTE BD CAJA X 50	10,650	85,200
		10,650	85,200

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




No se acepta la factorización 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 557,340
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 557,340
 IVA 105,895
 TOTAL FACTURA 663,235

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069903

18-3

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 17-03-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 032014

y/o ejecutar, 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	TELA TRANSPORTE 3M CJ x 12UND. 1527-1	11,245	56,225
5,000	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	38	190,000
100	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	2,190	219,000
60	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	2,190	131,400
10	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA L	2,190	21,900
4	GUANTE QUIRURGICO EST. 7 MUNNICH CAJA X 50	7,850	31,400
4	GUANTE QUIRURGICO EST. 7 1/2 MUNNICH CAJA X 50	7,850	31,400

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	681,325
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	681,325
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	129,452
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	810,777

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 032014

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-03-2014

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
2	CARBOFLEX 10X10 CM. PKX10	39,200	78,400
3	DUODERM EXTRA THIN 10X10	21,840	65,520
5	AQUACEL 5X5 PKX10	39,200	196,000
10	AQUACEL AG 5 x 5 CJ 10 UNID.	44,800	448,000

LA FACTURA DEBE SER 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	787,920
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	787,920
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	149,705
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	937,625

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	<i>Solcat</i> <i>Numero 15</i> 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: 17-03-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 0314

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha: 04-03-2014 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	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900	90,000

LA FACTURA DEBE 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
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 90,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 90,000
 IVA 17,100
 TOTAL FACTURA 107,100

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SIETE MIL CIEN PESOS

--	--	--	--

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.

FECHA: 17-03-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 032014

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-03-2014 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	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1 1/2	1,200	18,000
5	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1	1,200	6,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 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 24,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 24,000
 IVA 4,560
 TOTAL FACTURA 28,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

	Solicitada por Sohat. Memo # 15	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.

FECHA: 17-03-2014

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

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	SPIRIVA INHALETAS x 30 + HANDIHALER	24,420.0	73,260

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. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	73,260
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	73,260
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,919
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	87,179

SON : OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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° 12

de Fecha 05-03-2014

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	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	1,007.00	3,021
10	BOLSA BASURA 80X110	600.00	6,000
10	CIF CREMA X 750 CC	710.00	7,100
2	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,363.00	4,726
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POE TT	1,054.00	10,540
9	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	2,556
3	LAVALOZAS X 5 LTS	3,439.00	10,317
3	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	425.00	1,275
10	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	564.00	5,640
1	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	234

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SESENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y SIETE PESOS

VALOR NETO 51,409
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 51,409
IVA 9,768
TOTAL FACTURA 61,177

 Emitido por	<i>Ren 110</i> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 17-03-2014

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 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 11

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	4,180
10	TACO CALENDARIO CHICO	657.00	6,570
12	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	6,960
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	4,180
1	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,690.00	1,690
1	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	450.00	450
14	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	244.00	3,416
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	1,960
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	4,900
50	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	3,600
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	70.00	700
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	4,530
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913.00	5,478
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	70.00	700
20	GOMA DE BORRAR	45.00	900
5	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,590.00	7,950
48	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336.00	16,128
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	70.00	700
30	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439.00	13,170

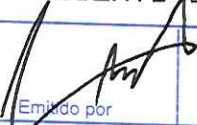
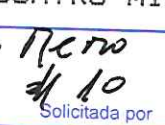


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	88,162
DESTINO : CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	88,162
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	16,751
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,913

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 2

y/o ejecutar, 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	CARRO ESTRUJADOR MOPA 36 LTS.MARCA FIBRA	3,132.00	3,132
3	COLOR X 5 LTS	1,205.00	3,615
6	ESPONJA VIRUTEX	189.00	1,134
5	LISOFORM AEROSOL	1,231.00	6,155
2	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	2,189.00	4,378
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	19,714
DESTINO : CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,714
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	3,746
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,460

SON : VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS 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.

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 1

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PERFORADOR MEDIANO cangaro		
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	1,690.00	1,690
15	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	198.00	1,980
10	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	189.00	2,835
15	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	1,488.00	14,880
		518.00	7,770
1	CORCHETERA ALO		
2	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	1,100.00	1,100
5	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	328.00	656
3	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	495.00	2,475
		284.00	852

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	34,238
DESTINO : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	34,238
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	6,505
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,743
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA MIL SETECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS		

	neto de lo		
Entido 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.

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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
4	CAJA DE 18 UND DE TOALLAS DESECHABLES ELITE PA	24,530.0	98,120
1,500	RA DISPENSADOR		
	VASO DESECHABLE BLANCO	16.0	24,000
3	CAJA DE BISTURI CON MANGO DESECHABLE	4,730.0	14,190
2	SILICONA FLUIDA (XANTOPREN)	6,350.0	12,700
6	FRESA CONTRANGULO CARBIDE REDONDAS N4	909.0	5,454
6	FRESA CONTRANGULO CARBIDE CONO INVERTIDO	930.0	5,580
6	FRESA CONTRANGULO CARBIDE TRONCO CONICAS	932.0	5,592
4	FRASCO DE OXIDO DE ZINC	530.0	2,120
4	FRASCO DE EUGENOL	350.0	1,400
2	FORCEPS BAYONETA MEDIANO	4,252.0	8,504
5	ESPEJOS DE BOCA N5	530.0	2,650
2	FRESA DE FISURA DE CONTRANGULO LARGA	1,730.0	3,460
2	JUEGO DE CEMENTO QUIRURGICO	22,300.0	44,600
1	ACONDICIONADOR DE TEJIDO	31,000.0	31,000
3	PUNTAS DE CAVITRON 25 K	44,829.0	134,487
4	FRESA DIAMANTE REDONDA (ALTA VELOCIDAD)	615.0	2,460
1	BAJALENGUAS	520.0	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 : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	396,837
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	396,837
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	75,399
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	472,236

MONTO : CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

Entido 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): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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	CAJA DE MEPIVACAINA AL 2%	7,830.0	78,300
10	CAJA DE MEPIVACAINA AL 3%	7,850.0	78,500
2	CAJA DE BARNIZ DE FLUOR DURAPHAT	13,750.0	27,500
4	CAJA DE VITREMER	38,900.0	155,600
1	SET DE DISCOS SOFLEX DE TODOS LOS COLORES	42,300.0	42,300
2	CAJA DE PINCELES PARA ADHESIVO	1,930.0	3,860
6	FILTEK P90	63,000.0	378,000
10	CAJA DE CONOS DE PAPEL MILIMETRADO	1,430.0	14,300
150	PLIEGO DE PAPEL KRAFT DELGADO	110.0	16,500
5	PECHERAS NO BLANCAS	1,051.0	5,255
25	ESCOBILLAS DE PROFILAXIS DURAS	298.0	7,450
2	PROFLUORID VARNISH (VOCO)	13,750.0	27,500
4	JACKET POSTERIOR RECTO	5,501.0	22,004
3	CURETAS 13 - 14	6,230.0	18,690
3	SET DE ACRILICOS DURALAY LIQUIDO	26,250.0	78,750
2	LIMPIA FRESAS	1,330.0	2,660
5	BOTELLAS DE ALCOHOL DE 95 X 1 LT	1,250.0	6,250
5	CAJA DE AGUJAS DESECHABLES CORTAS	3,450.0	17,250
4	CAJA DE HUINCHAS DE LIJA PARA COMPOSITE	980.0	3,920
4	CAJA DE HUINCHA DE LIJA PARA AMALGAMA	1,750.0	7,000
4	CAJA DE HUINCHA DE LIJA METALICA	1,750.0	7,000
4	HIDROXIDO DE CALCIO	950.0	3,800
3	CAJA DE CEMENTO PARA POLICARBOXILATO	4,330.0	12,990
3	CAJA DE CEMENTO FOSFAO DE ZINC (SMIT)	4,330.0	12,990
2	SET DE ESPIGAS PARA RETENCION DE COMPOSITE	71,300.0	142,600
4	FRASCO DE ENDOMETAZONA	21,930.0	87,720
5	CAJAS DICAL	7,100.0	35,500
10	EXTRACTORES PULPARES	1,936.0	19,360
8	CAJA DE GUANTES (S VIGIL)	1,590.0	12,720
10	CAJA DE GUANTES HIPOLERGENICOS (M VIGIL)	1,590.0	15,900

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

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

CUENTA : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	1,342,169
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	1,342,169
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	255,012
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,597,181

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS,

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUIA

**** 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.


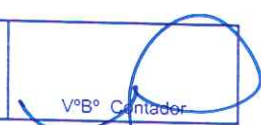
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SILICONA DENSA (OPTOSIL)	11,261.00	22,522
3	ACTIVADORES PARA SILICONA	7,395.00	22,185
6	FRESA CONTRANGULO CARBIDE REDONDAS N3	756.00	4,536
6	FRESA CONTRANGULO DIAMANTE CILINDRICAS	1,092.00	6,552
1	SET WHITE GOLD HOME DENSPLY	20,000.00	20,000
10	HILO DE SEDA NEGRA DE SURURA CON AGUJA	20,840.00	208,400
3	CAJA DE LIMAS K 15-40 (21 MM)	4,874.00	14,622
5	CAJA DE GUAOTES QUIRURGICOS ESTERILES N7	7,479.00	37,395
5	ALGINATO NORMAL	3,445.00	17,225
3	CAJA DE CERA ROJA	2,437.00	7,311
6	PAQUETES BARBEROS DENTALES DESECHABLES	1,933.00	11,598
5	KILO DE YESO PIEDRA	1,429.00	7,145

LA FACTURA DEBE SER 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 : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	379,491
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	379,491
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207 <i>Patagonie 29</i>	IVA	72,103
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	451,594

SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 17-03-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

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

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
1	ROLLO DE CINTA ARTICULAR ARTI FOL	8,571.00	8,571
2	CAJA DE GELITA	1,933.00	3,866
10	PORTA PINCEL	588.00	5,880
6	CUCHARITAS DE CARIES SURTIDAS	7,143.00	42,858
3	BIDONES DE DETERGENTE ENZIMATICO KLAPP	19,160.00	57,480
8	ROLLO DE CINTA ADHESIVA PARA ESTERILIZAR	1,429.00	11,432
10	CAJA DE CONOS DE GUTAPERCHA	2,017.00	20,170
1	SET DE CORONAS PROVISORIAS ANTERIORES	14,118.00	14,118
1	SET DE CORONAS PROVISORIAS POSTERIORES	14,118.00	14,118
5	BIDONES DE PERIO AID TRATAMIENTO	5,714.00	28,570
2	LUBRICANTES PARA ALTA VELOCIDAD	7,479.00	14,958
10	PAQUETES DE GASA ESTERIL	1,555.00	15,550
1	CAJA DE JERINGAS MONOJECT PARA ENDODONCIA	23,950.00	23,950
3	SET DE ACRILICO DURALAY POLVO	25,042.00	75,126
4	CAJA DE VITREBOND	44,370.00	177,480
5	CAJA DE AGUJAS DESECHABLES LARGAS	3,025.00	15,125
8	CAJA DE FERMIN	4,286.00	34,288
10	FRASCO DE RESINA DE ENLACE PARA FOTO CURADO	6,387.00	63,870
5	CAJA DE PAPEL ARTICULAR	3,025.00	15,125
2	FRASCO DE PARAMONOCLOROFENOL ALCANFORADO	5,714.00	11,428
3	CAJA DE PUNTAS DE GOMA PARA PULIR COMPOSITE	7,479.00	22,437
3	CAJA DE ANESTESIA TOPICA	1,849.00	5,547
3	CEMENTOS TEMPORALES 3M	19,328.00	57,984
3	PAQUETES DE ALGODON PENSADO DE 1 KG	4,286.00	12,858
8	JERINGAS CARPULE	3,782.00	30,256
5	CEMENTO VIDRIO IONOMERO (CHEMFIL)	12,521.00	62,605
5	TOALLAS WIPER	6,387.00	31,935
15	HUICHAS CELULOIDE	462.00	6,930
4	FRESAS DIAMANTE CILINDRICAS (ALTA VELOCIDAD)	630.00	2,520



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 : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	887,035
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	887,035
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207 <i>Patagonia 29</i>	IVA	168,537
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,055,572

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): 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

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
3	PORTA MATRIZ CREMALLERA	1,800.0	5,400
1	KIT INTRODUCTORIA DE PERNOS DE FIBRA DE VIDRIO RELY X FIBER POST 3M	26,800.0	26,800
2	CAJA DE PASTA PROFILACTICA SEPTODONT (DETARTIN E)	8,320.0	16,640
20	CAJA DE TORULAS DE ALGODON	1,500.0	30,000
3	CEMENTO IONOMERO PARA CEDIMENTACION	8,940.0	26,820
6	CAJA DE LIMAS DE 25 MM 15-40 TIPO K MAILLEFER	3,360.0	20,160
10	JERINGAS DE ORTO FOSFORICO AN 37% GEL	1,590.0	15,900
10	JERINGAS DE RESINA DE FOTO CURADO A1	4,980.0	49,800
10	JERINGAS DE RESINA DE FOTO CURADO A2	4,980.0	49,800
10	JERINGAS DE RESINA DE FOTO CURADO A3	4,980.0	49,800
10	JERINGAS DE RESINA DE FOTO CURADO A 3.5	4,980.0	49,800
2	FRASCO DE CRESO FREN	21,680.0	43,360
10	CAJA DE LIMAS HEDTROM (DEL 15 AL 40)	2,560.0	25,600
4	ESPATULAS DE ACERO PARA CEMENTO	780.0	3,120
8	PINCELES O APLICADORES DE RESINA	2,520.0	20,160
3	ELEVADORES RECTOS MEDIANOS	1,680.0	5,040
6	SELLANTES FOTOCURADO HELIO SEAL	4,856.0	29,136
6	FRASCOS DE YODOFORMO	1,460.0	8,760
1	KILO DE YESO EXTRA DURO	1,820.0	1,820
3	ANESTECIA TOPICA SPRAY	16,960.0	50,880
2	RESINA FOTOCURADO DUAL	10,000.0	20,000


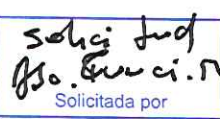

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	548,796
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : DESPACHAR MARTES O JUEVES 14:00 HS EN ADSUB-TOTAL		548,796
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	104,271
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	653,067

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SESENTA Y SIETE PESOS

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



PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 14-03-2014

Señor(es): IVENS S.A. 967643408

Dirección: AV. LOS LEONES 1071

Teléfono: 3608102

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	ELECTRODO (O PARCHE) MARCAPASO EXTERNO DESECHABLE ADULTO P-610 (R2)	32,349.0	97,047
5	PAPEL REGISTRO EN "Z" DE 50mm DE ANCHO x 100 x 20 MTS. DE LARGO (FQS50200) P/ MONOTIR DESFIBRILADOR	1,890.0	9,450

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

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

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS	VALOR NETO	106,497
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	106,497
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,234
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	126,731

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTISEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS

	neto 030		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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
6	VIADIL SIMPLE x 100 AMPOLLAS (PARGEVERINA)	41,400.0	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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039


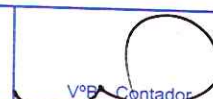
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -


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

VALOR NETO 248,400
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 248,400
 IVA 47,196
 TOTAL FACTURA 295,596

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

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


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 14-03-2014

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

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

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
20	TORECAN 6,5 MG. CAJA x 5 AMPOLLAS	9,165.0	183,300

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


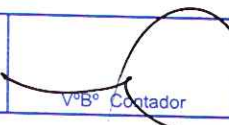
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 183,300
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 183,300
 IVA 34,827
 TOTAL FACTURA 218,127

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

14-03-2014

FECHA:

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

Dirección: CALLE NUEVA 5319

6234334

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° 032014

de Fecha 14-03-2014

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	HISTOACRIL SUTURA PEG. 10 CC x 5 FRASCOS	55,000.0	165,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	165,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	165,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	31,350
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	196,350

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

	
Emitted por	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

069883

FECHA: 14-03-2014

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

Dirección: ANDRES BELLO 2711, P 12

Teléfono: 3667083

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 19382

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 12-03-2014

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


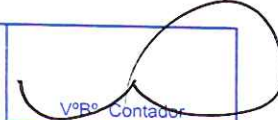
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ADENOSINA TRICOR VI 6MG/2ML	51,017.0	51,017

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

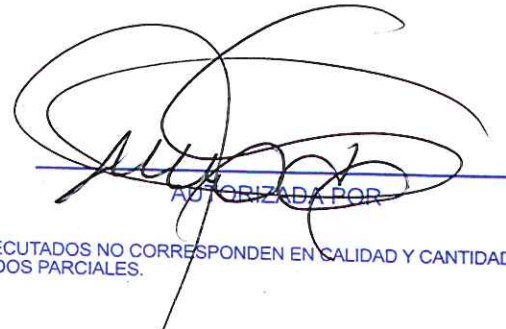
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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

VALOR NETO 51,017
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 51,017
 IVA 9,693
 TOTAL FACTURA 60,710

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 14-03-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 032014 de Fecha 13-03-2014

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
6	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	29,700
1	GLUCOSA 30 % X 20 ML 0 c/jx50	13,000.0	13,000
14	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML c/jx100	7,700.0	107,800
38	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML c/jx20	6,000.0	228,000
18	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	115,200
1	SUERO GLUCOSADO 10%/500ML CJX20	7,600.0	7,600
2	SUERO GLUCOSADO 5%/500ML CJX20	7,000.0	14,000
2	SUERO RINGER 500 ML CJX20	7,800.0	15,600

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	530,900
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	530,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	100,871
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	631,771

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y UN PESOS

	
Emitido por	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 14-03-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 032014

de Fecha 12-03-2014

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	BETAMETASONA 4 MG/ML cjx100	9,000.0	18,000
1	CLORFENAMINA 10 MG/ML cjx100	6,500.0	6,500
8	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,100.0	48,800
4	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	6,400.0	25,600
10	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	29,500.0	295,000
1	PROPANOLOL 1 MG / 1ML CJX10	2,440.0	2,440
3	RANITIDINA 50 MG /2 ML cjx100	6,400.0	19,200


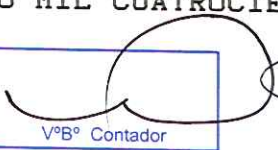
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

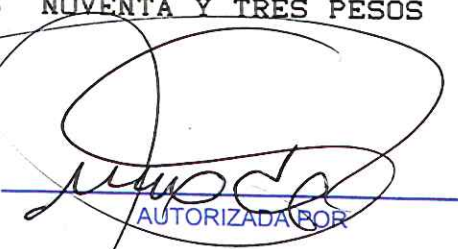
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	415,540
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	415,540
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	78,953
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	494,493

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 14-03-2014

Señor(es): OPKO CHILE S.A. 766696309

Dirección: AGUSTINAS 640 PISO 10

Teléfono: 4381515

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 032014

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 13-03-2014

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	HIDROCORTISONA 100 MG.X50		
4	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	26,500.0	79,500
2	PENICILINA SODICA 1.000.000U/I X 50	5,500.0	22,000
		5,000.0	10,000


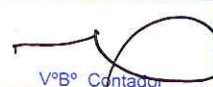
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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 111,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 111,500
 IVA 21,185
 TOTAL FACTURA 132,685

SON : CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS 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.

FECHA: 14-03-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 032014 de Fecha 13-03-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


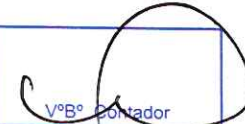
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CLORURO DE SODIO 0,9% 100 ML. cjX20	7,200.0	36,000
5	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.0	30,000
5	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	32,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	98,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	98,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	18,620
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,620

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO DIECISEIS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 14-03-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 032014 de Fecha 12-03-2014 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	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,100.0	6,100

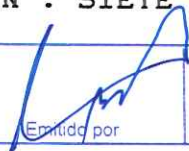

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	6,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	1,159
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,259

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SIETE MIL DOSCIENTOS 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.

FECHA: 14-03-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 032014

de Fecha 13-03-2014

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
50	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	247,500

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

VALOR NETO 247,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 247,500
 IVA 47,025
 TOTAL FACTURA 294,525

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTICINCO PESOS

Emiteo por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069876

173

FECHA: 14-03-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At: Sr:

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

De acuerdo a su cotización N° 032014

de Fecha 12-03-2014 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	CIANOCOBALAMINA (B12) 100 MG cjx100	6,500.0	19,500
1	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,100.0	6,100
3	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG / 1 ML cjx100	6,600.0	19,800
3	TIAMINA (B1) 30 MG cjx100	6,500.0	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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	64,900
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	64,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,331
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	77,231

SON : SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 12-03-2014

Señor(es): INVERSIONES Y SERVICIOS CARMONA S.A. 762277689

Dirección: BENOZZO GOZZOLI 4335

Teléfono:

At.: Sr.: 9*4695242

**** 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	ALFOMBRA CUBREPISO COLOR VERDE DE 4 MTS X 8 MT S PARA EL DIA 18.03.2014 EN EL COLEGIO JUAN PA BLO II	45,000.00	45,000

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

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

CUENTA : 425118 OTROS ARRIENDOS
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

	17/03/2014	
Emitted by	Solicited by	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): MARCELO IGNACIO ORREGO PEREZ 128828389

Dirección: ALEXANDER FLEMING 7315

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.


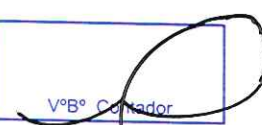
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
180	SERVICIO DE COCTEL PARA 180 PERSONAS EL DIA 18 DE MARZO EN EL COLEGIO JUAN PABLO II	5,462.18	983,192

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

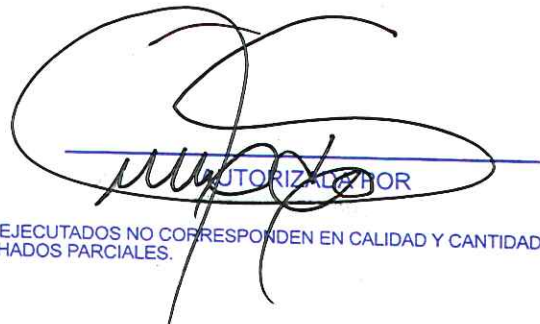
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	983,192
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	983,192
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	186,807
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,169,999

SON : UN MILLON CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

	Numero 139 2014		
Empledo por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	CAJA PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	590.00	23,600
12	JABON GEL CON ALCOHOL BOTELLA X LT	2,800.00	33,600
4	SABANILLA CLINIC DESECHABLE PAQUETE X 2 UN	1,800.00	7,200
4	TELA MICROPORE 3M X 12 UND	11,138.00	44,552

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 factorizacion del pago de este documento.-

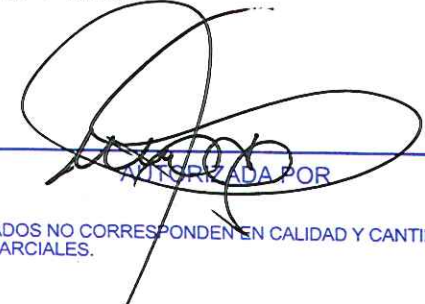
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	108,952
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	108,952
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,701
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	129,653

SON : CIENTO VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

	C. Guiz F. S.		
Emite por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:


 AUTORIZADA POR

Señor(es): IVENS S.A. 967643408

Dirección: AV. LOS LEONES 1071

Teléfono: 3608102

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.


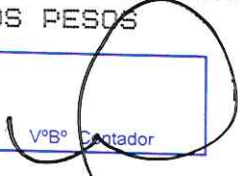
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	REGULADOR DE OXIGENO CON MANOMETRO, FLUJOMETRO Y VASO HUMIFICADOR	50,000.0	50,000

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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	50,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	50,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,500

SON : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS

 Emitido por	<i>Preso. 223</i> <i>2014</i> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069869

FECHA: 12-03-2014

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

servase despachar

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



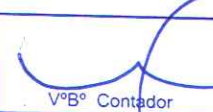
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	ENMARCAIONES DE CERTIFICADOS ACREDITACION "CE SFAM ANIBAL ARIZTIA"	9,800.0	68,600

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	68,600
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	68,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,034
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,634
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

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


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

069868

FECHA: 12-03-2014

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
10	ENMARCAACION DE CERTIFICADOS DE ACREDITACION "C ESFAM APOQUINDO"	9,800.0	98,000


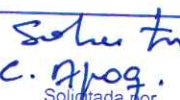


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 98,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 98,000
 IVA 18,620
 TOTAL FACTURA 116,620

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO.
 SON : CIENTO DIECISEIS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS

 Emitida por	 Solidada 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): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CORTINA ROLLER "FLEXALUM" SOLARVIEW, COLOR PER LA, 3%, MEDIDAS: 1960 x 2650mm.	198,000.0	198,000
1	CORTINA ROLLER "FLEXALUM" SOLARVIEW, COLOR PER LA, 3%, MEDIDAS: 2355 x 2650mm.	230,000.0	230,000


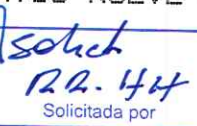
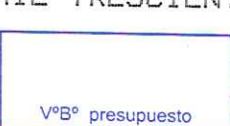

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 428,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 428,000
IVA 81,320
TOTAL FACTURA 509,320

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : QUINIENTOS NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

 Emitted 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: 12-03-2014

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

servase despachar


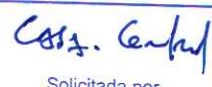


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4,000	FORMULARIO CONTINUO ORDEN DE COMPRA	196.25	785,000

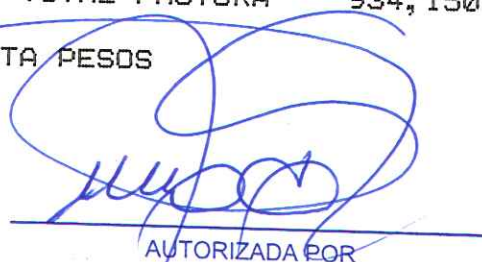
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	785,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	785,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	149,150
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	934,150
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069865

FECHA: 10-03-2014

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 05-03-2014

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	ACONDICIONADOR DE TEJIDO RESILENTE MOLLOSIL (DETAX)	37,000	74,000
2	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML		
4	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	4,200	8,400
2	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	8,900	35,600
5	FRESA GATES 1 MAILLEFER	8,900	17,800
1	FRESA TRONCOCONICAS DIAMANTE A/V 845 010	6,500	32,500
		1,280	1,280

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

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

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	169,580
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	169,580
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	32,220
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	201,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS UN MIL OCHOCIENTOS PESOS

Emite por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Cortador

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.

069864

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	4,590	9,180





LA FACTURA DEBE 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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	9,180
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,180
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,744
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,924

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIEZ MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Señor(es):

SANTA MONICA 2349

6719562

Dirección:

Teléfono:

ENRIQUETA ANGUITA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
10-03-2014

At.: Sr. 1

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	ACIDO FLUORHIDRICO (PARA SILANO PARA METAL) JERINGA	4,034	12,102
13	ALGINATO JELTRATE PLUS RAPIDO 454 GRS	4,370	56,810
4	CLORHEXIDINA 2% SOLUCION (LITRO)	6,555	26,220
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP.BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714	5,714
3	CONOS GUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	1,933	5,799
1	CONOS GUTAPERCHA 30 AL 2% DENSPLY	1,933	1,933
1	CONO DE GUTAPERCHA PROPATER F2	6,975	6,975
2	DYCAL (MARCA DENTSPLY) CAJA MORADA	5,462	10,924
3	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244	3,732
5	FRESA ENDO Z	1,597	7,985
1	FRESA HP 500-104-137-007 NII 012 MARCA KERR	714	714
7	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924	6,468
1	MICROPILCELES DENBUR X 150 MORADO UDS.	3,445	3,445
7	PINZA DE CURACIONES RECTA	672	4,704
1	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,437	12,437
2	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCC	16,639	33,278

LA FACTURA DEBE SER 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	199,240
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	199,240
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	37,856
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	237,096

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIITA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
10-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LIMAS PROTAPER S1 EN 21MM. MAILLEFER CAJA 6 UN DS.	25,378	25,378
2	SILANO PARA GRABADO METAL	7,983	15,966

LA FACTURA DEBE SER 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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	41,344
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,344
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	7,855
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,199
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS		

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

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.

069861

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 18842

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-03-2014

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	ALCOHOL DE QUEMAR X LTS.	1,200	2,400
1	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532	10,532
1	EUGENOL	350	350
1	GOMA DIQUE 5X5 VERDE	3,910	3,910
2	HIPOCLORITO 5%	991	1,982
2	LIMAS K N 15 en 25 MM.	5,005	10,010

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 - 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	29,184
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,184
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	5,545
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,729

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS

Emite 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: 10-03-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 18842

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-03-2014

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	CEMENTO ENDODONTICO TOP SEAL DENSPLY	35,500	35,500
2	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500	7,000
2	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500	7,000
1	PELICULA RADIOGRAFIA DOBLE MARCA KODAK	22,030	22,030

LA FACTURA DEBE 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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTIUN PESOS

VALOR NETO 71,530
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 71,530
 IVA 13,591
 TOTAL FACTURA 85,121

 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.

069859

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 10-03-2014

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
2,000	VASO DESECHABLES	13	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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	26,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	4,940
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,940

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS

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

PROVEEDOR



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

10-03-2014

FECHA:

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

4666711

Teléfono:

At.: Sr. 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-03-2014

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	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	8,900	89,000
25	BLOCK MEZCLA DYCAL	500	12,500
20	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA (AMARILLA) 862-C-012	1,280	25,600
10	FRESA ARKANZAS PIND A/V	1,370	13,700
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 010	890	17,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 023	890	17,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 012	890	17,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	890	17,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	890	17,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	890	17,800
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 010	990	19,800
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	990	19,800
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 016	990	29,700
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 018	990	29,700
10	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-022	990	9,900
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	990	19,800
10	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD REDONDA	1,370	13,700
100	PINCELES	2,150	215,000




LA FACTURA DEBE SER 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	605,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	605,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	114,950
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	719,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIITA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 10-03-2014

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	AMALGAMA (DEGUSSA) 30 GR.	12,437	124,370
5	AGUJA LARGA CJ/100	3,025	15,125
40	CEPILLO DENTAL NINO 6 ANOS	294	11,760
5	CLORHEXIDINA 2% SOLUCION (LITRO)	6,555	32,775
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714	5,714
2	CUBETAS CHICAS BLANCAS X 20 UD.	2,521	5,042
10	CUBETAS MEDIANAS AMARILLAS X 20 UD.	2,521	25,210
15	DURAPHAT COLGATE	22,689	340,335
15	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244	18,660
20	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924	18,480
40	PASTA DENTAL COLGATE NINO	571	22,840
15	PORTA DISCO SOFLEX	2,437	36,555
7,000	VASO DESECHABLES	13	52,000
5	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	12,437	62,185

LA FACTURA DEBE SER 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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	771,051
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	771,051
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	146,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	917,551

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 18842

de Fecha 06-03-2014

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	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730	127,300
20	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,670	33,400
5	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600	8,000
5	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451	2,255
5	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450	2,250
2	OXIDO DE ZINC	530	1,060
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 COLOR A.4	13,300	39,900
2	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531	21,062
10	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532	105,320
10	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533	105,330
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,130	30,390
3	COMPOSITE JERINGA Z-250 COLOR B2	10,535	31,605
5	EUGENOL	350	1,750
30	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	3,950	118,500
10	LIMAS K N 15 en 25 MM.	5,005	50,050
10	LIMAS K 15 - 40 25 MM, MAILLEFER	5,006	50,060
5	LIMAS K N 20 25 MM MAILLEFER	5,007	25,035
2	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,500	7,000
20	MANGOS DE ESPEJOS (PANORAMA 55)	520	10,400
10	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,051	10,510
5	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350	101,750
5	SEDA DENTAL	900	4,500
20	TORULAS GRANBERRY X 500 UNDS.	2,130	42,600
2	VITREBOND	29,230	58,460

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	988,487
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	988,487
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	187,813
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,176,300

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CIENTO SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

13-3

069855

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-03-2014 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	ESPATULAS DE COMPOSITE DORADA C/CONDENSADOR	12,170	36,510
6	FRESA CARBIDE ALTA VELOCIDAD Ø16 MAILLEFER	890	5,340

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

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	41,850
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,850
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,952
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,802

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

13-3

069854

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-03-2014 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	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	7,900	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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	158,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	158,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	30,020
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	188,020

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL VEINTE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

13-3

069853

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 10-03-2014 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	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCC	16,639	49,917
10	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244	12,440
4	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3	6,387	25,548
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP.BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,714	5,714
10	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924	9,240

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

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	102,859
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	102,859
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,543
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	122,402

SON : CIENTO VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS

		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.

069852

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 10-03-2014 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	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244	12,440
10	AGUJA CORTA CJ/100	3,025	30,250
6	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCCO	16,639	99,834
20	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924	18,480

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	161,004
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	161,004
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	30,591
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	191,595

SON : CIENTO NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	<i>Schubert C</i> A217 Lig 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.

069851

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 18842

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-03-2014 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	RADIOGRAFIA DENTAL BITE - WIN ULTRA SPEER	36,680	110,040
3	RADIOGRAFIA DENTAL ADULTO ULTRA SPEER KODAK	20,350	61,050
1	PARAMONOCLORAFENOL	4,690	4,690
3	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533	31,599
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450	4,500
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730	63,650
2	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOLUX COLOR A3	29,730	59,460
2	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950	3,900
2	OXIDO DE ZINC	530	1,060
12	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380	40,560
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532	31,596
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531	31,593
10	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451	4,510
10	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,670	16,700

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

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	464,908
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	464,908
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	88,333
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	553,241

SON : QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

13-B

069850

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 18842

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-03-2014 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	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOLUX COLOR A1	29,730	59,460
6	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533	63,198
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450	4,500
6	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350	122,100
6	PELICULA RX BITE WING CJ*100	36,680	220,080
10	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750	17,500
12	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380	40,560
3	DISCOS DE LIJA SOF-LEX CHICOS NEGRO	10,135	30,405
3	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR NEGRO	10,130	30,390
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,130	30,390
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532	63,192
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531	63,186
10	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451	4,510
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730	127,300
20	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,670	33,400

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	910,171
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	910,171
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	172,932
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,083,103

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHENTA Y TRES MIL CIENTO TRES PESOS

Emitted por: <i>Schubert Cons.</i>	Solicitada por: <i>A217 F. 4</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador
------------------------------------	----------------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): DARVAX SALUD LIMITADA 760728667

Dirección: AVDA. CRISTOBAL COLON 3018

Teléfono: 2280589

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. **servase despachar**

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
650	VACUNA ANTI INFLUENZA 2014, FRACIONADA, TRIVAL ENTE, JERINGO PRE LLENADA 0,5ml. (ORIGEN EUROPEO)	3,950.0	2,567,500

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 factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,567,500
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,567,500
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	487,825
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,055,325
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRES MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS 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.

Señor(es): SOCIEDAD CILA LTDA. 832176001

Dirección: SALVADOR DONOSO 128

Teléfono: 7777262

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	COMPRESOR DYNAMIC II	539,495.80	539,496

LA FACTURA DEBE 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	539,496
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	539,496
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	102,504
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	642,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

13-3

069847

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): MARCELA ANDREA RIVEROS GONZALEZ 130906567

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono: 5542526

At.: Sr.: MARCELA

**** 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
2,000	VOLANTES COLOR PAPEL COUCHE	100.00	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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	200,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	200,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	38,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	238,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTON : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL PESOS		

 Emitido por	 Solicitado 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.

069846

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

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.


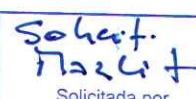
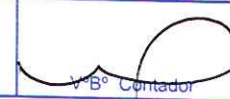
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO x 600 MT. (4 ROLLS) PARA DISPENSADOR	6,620.0	6,620

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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

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

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

servase despachar


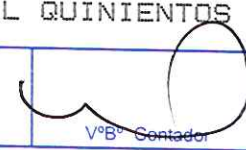
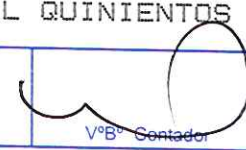
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO x 600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.0	132,400

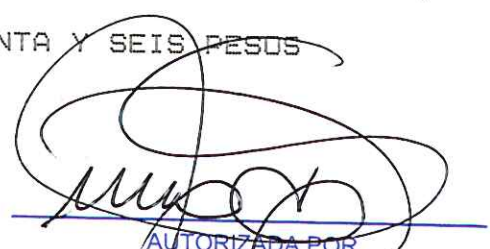
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	132,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	132,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	25,156
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	157,556
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS		

 Emitido por	<i>Soledad Casal</i> Apoquindo Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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
6	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-150D	9.675.00	58.050
3	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1.550.00	4.650

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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 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
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS

VALOR NETO 62.700
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 62.700
 IVA 11.913
 TOTAL FACTURA 74.613

	Solic. con. Apoyados		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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	MOPAS CHICAS humeda de algodón	1.700.00	17.000

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	17.000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	17.000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	3.230
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20.230

SON : VEINTE MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS

	Solic. Colectiva S.F.C.	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.

069842

FECHA: 10-03-2014

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 05-03-2014 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	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6.620.00	132.400
20	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6.680.00	133.600


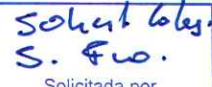
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	266.000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T. P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	266.000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	50.540
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	316.540

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

069841

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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
27	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	5.670
5	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4.000.00	20.000
9	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1.550.00	13.950

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	39.620
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39.620
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	7.528
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47.148

SON : CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y OCHO PESOS

	Selec. allego S. Fw.	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	----------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

069840

FECHA: 10-03-2014

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 05-03-2014 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	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.0	15,656
6	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11,989.0	71,934
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.0	66,200
20	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,278.0	105,560

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	259,350
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	259,350
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	49,277
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	308,627

SON : TRESCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS

	Sol. Colegio S. Fco.		
Entido 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.

069839

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	4.200
4	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	4.850.00	19.400
10	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4.000.00	40.000
1	REMOVEDOR DE CERAS ENV. 20 LTS. WINZA-092	18.000.00	18.000

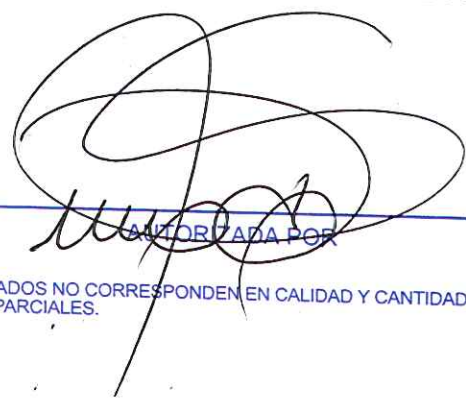
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	81.600
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	81.600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	15.504
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97.104

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

069838

FECHA: 10-03-2014

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 **05-03-2014** 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	JABON LIQ. ECONOMICO BIDON (DISTRIB. MILAN)	4.068.00	12.204
5	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6.620.00	33.100

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	45.304
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	45.304
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	8.608
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53.912

SON : CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS

 Entido 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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Luzar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 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
12	CERA ACRILICA AUTOBRILLO ENV. 20 LTS. WINZA-139 ROJA	32.400.00	388.800
5	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	1.050
10	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1.550.00	15.500

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	405.350
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	405.350
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	77.017
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	482.367

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): **DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909**

Dirección: **AVDA. EGANA 1065**

Teléfono: **2775449**

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° **1**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha **05-03-2014** 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) PARÁ DISPENSADOR	6.620.00	66.200
3	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6.680.00	20.040
2	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5.278.00	10.556

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	96.796
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	96.796
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	18.391
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	115.187

SON : CIENTO QUINCE MIL CIENTO OCHENTA Y SIETE PESOS

		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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 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	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	4.200
12	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	4.850.00	58.200
5	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4.000.00	20.000
6	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1.550.00	9.300
2	PAD BLANCO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (W INZA)	4.050.00	8.100
2	PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (W INZA)	4.050.00	8.100
2	PAD ROJO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (W INZA)	4.050.00	8.100

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

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

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

VALOR NETO 116.000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 116.000
IVA 22.040
TOTAL FACTURA 138.040

SON : CIENTO TREINTA Y OCHO MIL CUARENTA PESOS

	Solicit. por		Solicitada por		V°B° presupuesto		V°B° Contador
--	--------------	--	----------------	--	------------------	--	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

069834

FECHA: 10-03-2014

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 05-03-2014 sírvase despachar



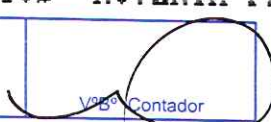
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6.680.00	80.160

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	80.160
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80.160
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	15.230
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	95.390
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA 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: 10-03-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 sirvase despachar

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

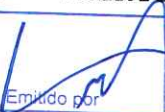

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-150D	9.675.00	9.675
8	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1.550.00	12.400

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 factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	22.075
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22.075
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	4.194
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26.269

SON : VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

 Emitted by	Sol. Colegio Paul Harris Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

069832

FECHA: 10-03-2014

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 05-03-2014 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
12	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5.278.00	63.336

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	71.164
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71.164
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	13.521
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	84.685

SON : OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

		V°B° presupuesto	
Emisor	Solicitada por		Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

069831

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	2.100
1	REMOVEDOR DE CERAS ENV. 20 LTS. WINZA-092	18.000.00	18.000

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	20.100
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20.100
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	3.819
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23.919

SON : VEINTITRES MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitada por Sche. G.P. EE	VºBº presupuesto	VºBº 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-03-2014

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 05-03-2014 sírvase despachar

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


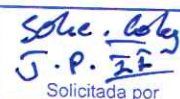
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6.620.00	13.240
4	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5.278.00	21.112

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


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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	34.352
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	34.352
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	6.527
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40.879

SON : CUARENTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

069829

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	6.200
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6.200
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	1.178
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7.378

SON : SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

	sol. cdt Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	-------------------------	------------------	---------------


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 10-03-2014

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 **05-03-2014** 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	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7.828.00	15.656
8	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5.278.00	42.224



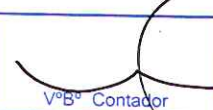
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

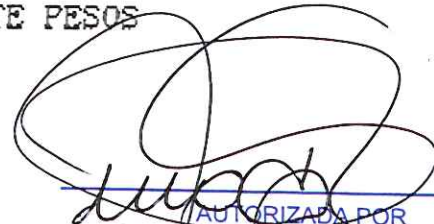
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	57.880
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	57.880
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	10.997
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68.877

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

11-3

069827

FECHA: 10-03-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 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
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	11.989.00	23.978
4	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 PQS.)	13.195.00	52.780

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	76.758
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	76.758
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	14.584
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	91.342

SON : NOVENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ROGER DE FLOR 2800

Teléfono: 3375422

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.


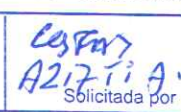
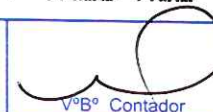
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
13	NAN 1, CAJA DE 24 LATAS DE 400 GRS.	83,840.00	1,089,920
7	NESSUCAR, CAJA DE 12 LATAS DE 550 GRS.	32,000.00	224,000

LA FACTURA DEBE SER 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

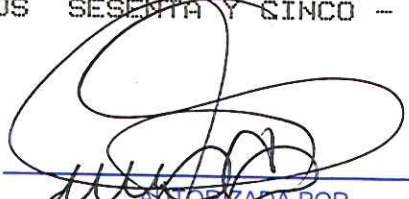
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424104 PROG.ALIMENTACION	VALOR NETO	1,313,920
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,313,920
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	249,645
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,563,565

SON : UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA 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): VALTEK S.A. 795688501

Dirección: AVDA. MARATON 1943

Teléfono: 6541199

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	AGAR SABOUR. DEXTR PARA DERMATOF. 10 UN. 5cm.	8,395.00	16,790

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 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
 MON : DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

VALOR NETO 16,790
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 16,790
 IVA 3,190
 TOTAL FACTURA 19,980

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 10-03-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de 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
100	MINICOLLECT TAPA LILA 0,5 ML. TAMANO 11 x 40mm RACK x 100	145.00	14,500
2,000	TUBO TAPA LILA 3 ML. EDTAK3 TAMANO 13 x 75mm. RACK x 50	55.00	110,000
200	TUBO TAPA ROJA ANILLO AMARILLO 4 ML. 13 x 75mm RACK x 50	75.00	15,000
1,000	TUBO TAPA GRIS 4 ML. FLUORURO DE SODIO/EDTA-K3 , TAMANO 13 x 75mm. RACK x 50	59.00	59,000
100	MINICOLLECT TAPA ROJA 1 ML. C/ACTIVADOR, TAMANO 11 x 40mm. RACK x 100	145.00	14,500



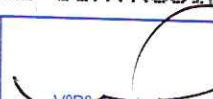
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 213,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 213,000
 IVA 40,470
 TOTAL FACTURA 253,470

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS

 Emittido 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): DISTRIBUIDORA SB PORTALES Y COMPANIA LTDA 76112501K

Dirección: VICTORIA 155

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

servase despachar

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	AGENDA EJECUTIVA	4,168.00	125,040
1	POSTURA DE LOGO	20,000.00	20,000
1	CLICHE	50,000.00	50,000

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

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

CUENTA : 424129 PROGRAMA JUEGOTECA	VALOR NETO	195,040
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	195,040
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	37,058
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	232,098

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

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
12	VASO DESECH PLUMAVIT 240 ML 8 ONZ X 25 UN	364.00	4,368
12	VASO DESECH 350 ML 12 ONZ X 25 UN BLANCO	386.00	4,632
10	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO X 20 UN	395.00	3,950
10	SERVILLETA COCKTAIL ELITE BLANCA X 50 UN	210.00	2,100
3	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR POLVO	2,992.00	8,976
3	AZUCAR 1 KL IANSA	616.00	1,848
4	ENDULZANTE ENDOLCE SUCRALOSA 300 TABLET	1,941.00	7,764
10	GALLETA MCKAY MANTEQUILLA 150 GR	391.00	3,910
10	GALLETA COSTA DONUT CHOCOLATE 105 GR	377.00	3,770
10	GALLETA COSTA GRETTEL CHOCOLATE 85 GR	417.00	4,170
10	GALLETA MCKAY KUKY FRAMBRUESA 120 GR	437.00	4,370
10	GALLETA COSTA OBSESION X 85 GR	378.00	3,780
30	GALLETA COSTA CRACKELET 85 GR	233.00	6,990
6	CONFITE FRUGELE GOMITA AMBROSOLI 430 GR	986.00	5,916
6	CONFITE CARAMELO ARBOLITO AMB 860 GR	1,845.00	11,070

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

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

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	77,614
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	77,614
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	14,747
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	92,361
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

11-3

069821

FECHA: 06-03-2014

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	TARJETAS CONTROL PERINATAL	385.00	770,000
100	BLOCK 100 HOJAS FORMULARIOS PACIENTE GES	6,200.00	620,000
1,000	TARJETAS DENTALES	285.00	285,000

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

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

CUENTA	: 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	1,675,000
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,675,000
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	318,250
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,993,250

FORMA DE PAGO : UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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.

FECHA: 06-03-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 0314 de Fecha 06-03-2014

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



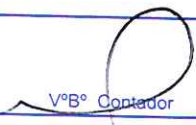
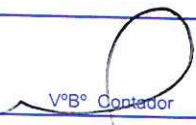
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
18	BERODUAL P/NEBULIZACION	2,990.00	53,820


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 - FONO: 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
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : 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
---	---	---	--


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.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 0314

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

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
7	CAPTOPRIL 25 MG.	750.00	5,250

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


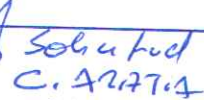

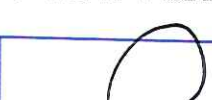
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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

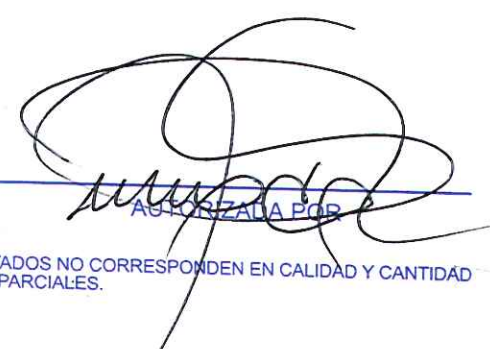
VALOR NETO 5,250
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 5,250
 IVA 998
 TOTAL FACTURA 6,248

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-03-2014

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. sirvase despachar


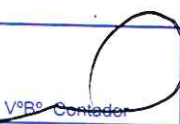
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PROPARACAINA COLIRIO	6,000.00	12,000

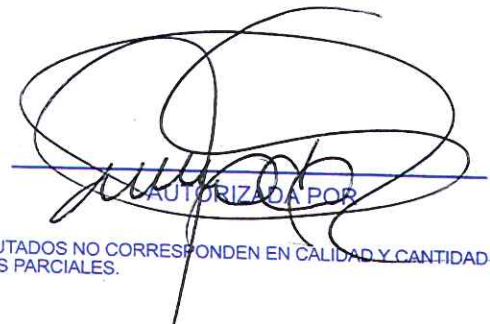
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CATORCE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS

VALOR NETO 12,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 12,000
IVA 2,280
TOTAL FACTURA 14,280

 Emitido por	<i>Solera del c. 42713.</i> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 06-03-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 0314

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-03-2014

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
200	BROTIZOLAM 0,25 MG. (NOCTILAN ENV.20 COMP.)	6,265.00	1,253,000

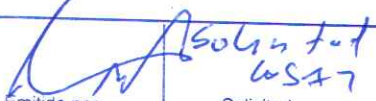
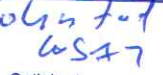
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

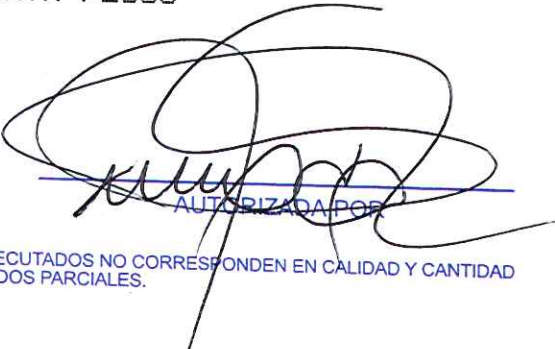
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 1,253,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,253,000
 IVA 238,070
 TOTAL FACTURA 1,491,070

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETENTA PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA 02/03/14

069816 ✓

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 0314

** Despachar factura en Lugar Entrega ** de Fecha 05-03-2014

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	OMEPRAZOL 20MG. 30CA.	420.00	42,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 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 42,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 42,000
 IVA 7,980
 TOTAL FACTURA 49,980

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

	<i>Solicitud</i> 10697		
Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 04-03-2014 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	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,800.00	89,600
20	CLONAZEPAN 2,0 MG x 500	4,500.00	90,000
48	LAMOTRIGINA 50MG. X500 COMP. (TRADOX)	12,000.00	576,000
6	VENLAFAXINA 75 MG 1.000 COMP.	49,000.00	294,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,049,600
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,049,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	199,424
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,249,024

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL VEINTICUATRO PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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


AUTORIZADA POR

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

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-03-2014

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
5	CITALOPRAM 20 MG. POR 1000	15,422.00	77,110


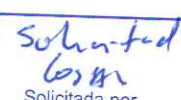
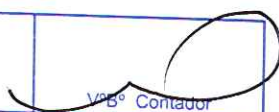
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 77,110
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 77,110
 IVA 14,651
 TOTAL FACTURA 91,761

SON : NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA 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.

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 032014

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-03-2014

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

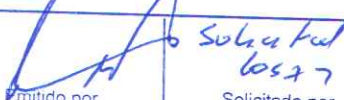
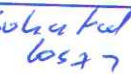
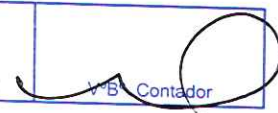
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	COMPLEJO B TONOPRON x 20	1,800.00	180,000
100	OLANZAPINA 10 MG X 30	3,900.00	390,000
340	PAROXETINA 20 MG.	1,500.00	510,000

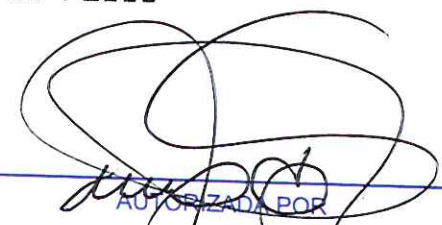
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS

VALOR NETO 1,080,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,080,000
 IVA 205,200
 TOTAL FACTURA 1,285,200

 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.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA. 850257000

Dirección: ANDRES BELLO 2687 PISO 19

Teléfono: 2039041

At.: Sr.: ALEJANDRA MUÑOZ

De acuerdo a su cotización N° 3326

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-03-2014

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
80	ESKALIT SR 450MG	4,500.00	360,000
350	WELLBUTRIN SR 150 MG.X60 COMP.	6,000.00	2,100,000

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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 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 2,460,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 2,460,000
 IVA 467,400
 TOTAL FACTURA 2,927,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS

 Emitido por	Solicitud los 27 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.

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

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
10	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.00	31,000
4	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	6,000.00	24,000
70	AUSENTRON 75 POR 30	8,500.00	595,000
84	BROMAZEPAM 3,0 MG CJX30	318.00	26,712
270	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	1,593,000
10	CLONAZEPAN 0,5 MG x 1000	16,000.00	160,000
4	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,500.00	30,000
150	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	180.00	27,000
20	TONARIL (TRIHEXIFENDILO CLORHIDRATO) 2 MG. X100 COMP.	7,000.00	140,000
150	TRITICO 100 MG	8,000.00	1,200,000

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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 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 3,826,712
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 3,826,712
 IVA 727,075
 TOTAL FACTURA 4,553,787

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y - SIETE PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 06-03-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-03-2014

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	DISULFIRAM 500 MG por 1000	64,000.00	128,000
1	HALOPERIDOL 1 MG	9,000.00	9,000
3	HALOPERIDOL 5 MG	44,000.00	132,000


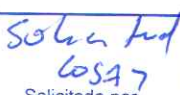
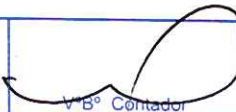
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	269,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	269,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	51,110
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	320,110

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTE MIL CIENTO DIEZ PESOS

 Emitido por	 Solicitada por 60547	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 06-03-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.:CLAUDIA KEIL

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 1

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ACIDO VALPROICO 200 MG	34,000.00	510,000
6	ACIDO VALPROICO 250 MG X 200 CM	35,000.00	210,000
5	CLORPROMAZINA 25 MG por 1000	7,000.00	35,000

LA FACTURA DEBE 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	755,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	755,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	143,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	898,450

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-03-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 0314

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-03-2014

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
220	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	583,000



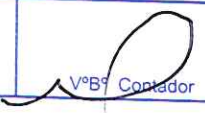
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

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

VALOR NETO 583,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 583,000
 IVA 110,770
 TOTAL FACTURA 693,770

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



ORDEN DE COMPRA 07/03/14

069807

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 0314 de Fecha 05-03-2014 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
70	ALLOPURINOL 300 MG. 20 COMP.	460.00	32,200
5	BROMHEXINA JBE 4 MG/5ML por 25	9,250.00	46,250

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	78,450
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,450
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	14,906
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,356

SON : NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS 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: 06-03-2014

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

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

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
10	AC. FOLICO 5 MG por 30	870.00	8,700
133	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.00	269,724


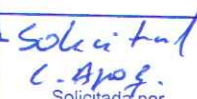

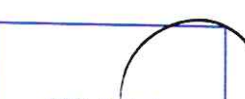
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	278,424
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	278,424
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	52,901
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	331,325

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-03-2014

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
3	ATENOLOL 100 MG por 1000	8,900.00	26,700
80	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,400.00	432,000
5	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	11,900.00	59,500
2	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,000.00	22,000
1	DICLOFENACO 50 MG por 1000	6,800.00	6,800
1	DOMPERIDONA 10 MG por 1000	9,900.00	9,900
101	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.00	484,800
4	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.00	35,200
53	METFORMINA 850 MG por 1000	8,500.00	450,500
2	PROPANOLOL 40 MG por 1000	4,900.00	9,800
1	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	21,000.00	21,000

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


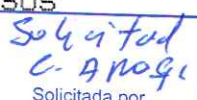
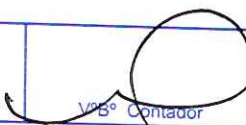
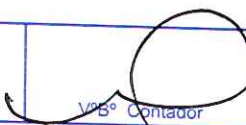
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

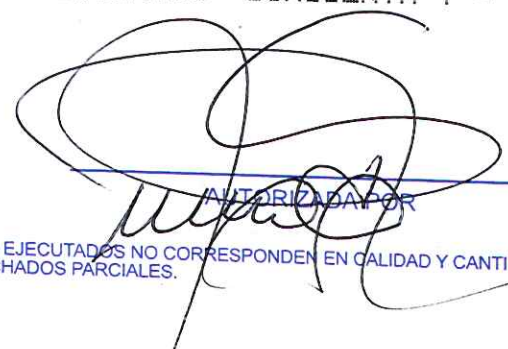
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,558,200
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,558,200
IVA 296,058
TOTAL FACTURA 1,854,258

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y - OCHO PESOS

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


AUTORIZADO 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): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 0314

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-03-2014

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


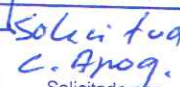
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	OFTABIOTICO COLIRIO	2,475.00	39,600
2	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,475.00	4,950
300	VITAMINA B1+B6+B12 POR 3	2,420.00	726,000

LA FACTURA DEBE 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	770,550
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	770,550
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	146,405
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	916,955

SON : NOVECIENTOS DIECISEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-03-2014

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
116	ESTRADIOL 2 MG X 30 COMP	5,105.00	592,180


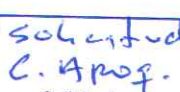


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

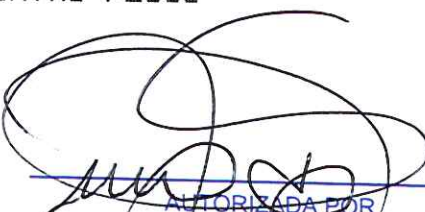
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	592,180
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	592,180
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	112,514
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	704,694

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 032014 de Fecha 05-03-2014 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
27	AC. FOLICO 1 MG POR 30	450.00	12,150
1	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	6,125.00	6,125
397	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.00	595,500
730	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	120.00	87,600
9	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	15,000.00	135,000
285	JABON GERM TRICLOSAM 1%	485.00	138,225
21	MACROSAN 100 MG POR 50	4,250.00	89,250
110	PAROXETINA 20 MG. x 30	1,500.00	165,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,228,850
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,228,850
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	233,482
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,462,332

SON : UN MILION CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS - PESOS

	Solicitado por		VºBº Contador
Emitido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-03-2014 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	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	4,950.00	4,950
1	FERRIGOT por 25	12,860.00	12,860
2	FLUCONAZOL 150 MG X 2 COMP.	15,450.00	30,900
2	METRONIDAZOL 250 MG por 1000	10,500.00	21,000
5	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200.00	41,000
6	PROPANOLOL 10 MG por 1000	3,500.00	21,000
3	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	16,900.00	50,700

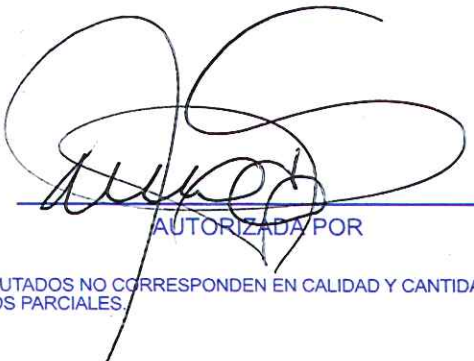
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	182,410
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	182,410
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,658
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	217,068
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOSCIENTOS DIECISIETE MIL SESENTA Y OCHO PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por C. Apos.	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 07/03/14

069800 ✓

FECHA: 06-03-2014

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

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORDO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 610099

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-03-2014 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
440	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM (EUTIROX 100 MCG x100)	1,300.00	572,000

LA FACTURA DEBE SER 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 APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 572,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 572,000
IVA 108,680
TOTAL FACTURA 680,680

SON : SEISCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS

		V°B° presupuesto	
Emisor por	Solicitada por		

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): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar


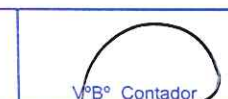
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
202	BENGUE POMADA POTE 30grs	545.00	110,090
110	PARACETAMOL 500 MG por 1000	4,800.00	528,000
328	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472.00	154,816

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-			
CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	792,906
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	792,906
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	150,652
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	943,558

SON : NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

	sohej tul Aprof. Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---------------------------------------	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar

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


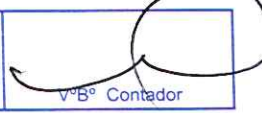
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	920.00	11,040
5	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	6,000.00	30,000
189	ATORVASTATINA 10 MG por 30	570.00	107,730
107	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	631,300
2	CONTRALMOR SUPOSITARIO	2,000.00	4,000
1	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,500.00	7,500
3	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	16,500.00	49,500
18	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	5,200.00	93,600
3	LORATADINA 10 MG POR 1000	7,500.00	22,500
1	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.00	5,500
404	SERTRALINA 50 MG POR 30	430.00	173,720

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

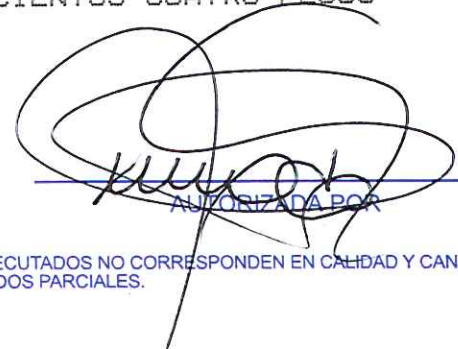
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,136,390
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,136,390
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	215,914
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,352,304

SON : UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS

 Emitido por	<i>Solaci Tud</i> 4 noz. Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-03-2014 sirvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ANESTALCON COLIRIO	6,000.00	30,000
5	CLORANFENICOL SOLUC. OFTALMICO 0.5% X10.ML. X 1 FCO	990.00	4,950
19	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	22,000.00	418,000
16	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 100	5,200.00	83,200


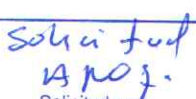


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	536,150
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	536,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	101,869
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	638,019

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DIECINUEVE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 1

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
144	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	5,000.00	720,000
33	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	190.00	6,270
1	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 250	2,300.00	2,300
2	AMOXICILINA 500 MG por 500	11,400.00	22,800
38	ATORVASTATINA 20 MG. x 30 COMP.	19,000.00	722,000
51	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	433,500
1	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	10,000.00	10,000
160	GEMFIBROZILLO 600 MG por 20	1,170.00	187,200
2	IBUPROFENO 400 MG por 1000	8,000.00	16,000
57	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	10,000.00	570,000
9	VASELINA LIQ. por 125ml	600.00	5,400


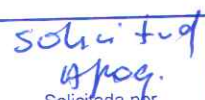


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 2,695,470
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 2,695,470
IVA 512,139
TOTAL FACTURA 3,207,609

SON : TRES MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL SEISCIENTOS 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 07/03/14

069795 ✓

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF.74

Teléfono: 4227296

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-03-2014 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
35	PASTA LASAR 30 Grs.	490.00	17,150
11	VASELINA SOLIDA 30gr	420.00	4,620

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 - FONO: 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 : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 21,770
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 21,770
 IVA 4,136
 TOTAL FACTURA 25,906

SON : VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS SEIS PESOS

	<i>Solicitud Apq.</i> Solicitada por	V°B° presupuesto		V°B° Contador
--	---	------------------	--	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

At: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 0314

de Fecha 06-03-2014

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
1,056	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.00	2,798,400





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

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


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 2,798,400
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 2,798,400
 IVA 531,696
 TOTAL FACTURA 3,330,096

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL NOVENTA Y SEIS PESOS

 Emtido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
--	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651


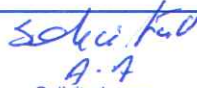


At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 0314 de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AMBROXOL JBE 4MG/60ML	380.00	3,800

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	3,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	722
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,522
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar

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


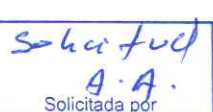

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
120	AC. FOLICO 5 MG por 30	870.00	104,400
48	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.00	97,344
20	ENALAPRILA 10 MG por 1000	2,300.00	46,000

LA FACTURA DEBE SER 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	247,744
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	247,744
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	47,071
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	294,815

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: AV. CHILE ESPAÑA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 04-03-2014

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
96	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,400.00	518,400
3	CAFADROXILO JARABE 250 MG por 25	18,900.00	56,700
4	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,800.00	51,200
4	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	11,900.00	47,600
2	ERITROMICINA JBE. 200MG/ 5ML por 25	24,000.00	48,000
50	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.00	240,000
10	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	5,400.00	54,000
30	KILNITS SHMP 1% 60 ML	1,990.00	59,700
80	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,700.00	296,000

LA FACTURA DEBE SER 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	1,371,600
DESTINO	: CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,371,600
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	260,604
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,632,204
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS

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

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

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° 0314

de Fecha 05-03-2014

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
35	OFTABIOTICO COLIRIO	2,475.00	86,625
35	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,475.00	86,625


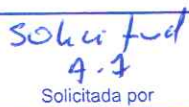


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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 173,250
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 173,250
 IVA 32,918
 TOTAL FACTURA 206,168

SON : DOSCIENTOS SEIS MIL CIENTO SESENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 032014 de Fecha 05-03-2014 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
334	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.00	501,000
98	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	15,000.00	1,470,000
480	JABON GERM TRICLOSAM 1%	485.00	232,800

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,203,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,203,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	418,722
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,622,522

SON : DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS

Emisor	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: 06-03-2014

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-03-2014

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	ANTIESPASMODICO SUPOSITORIO ADULTO X50	4,950.00	99,000
8	FLUCONAZOL 150 MG X 30 COMP	15,450.00	123,600
24	PROPANOLOL 10 MG por 1000	3,500.00	84,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	306,600
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	306,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	58,254
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	364,854

SON : TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 06-03-2014

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

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 610099

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 04-03-2014

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


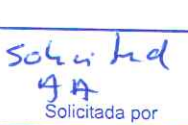
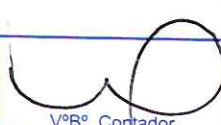
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	EUTIROX 100 MG. X 100 COMP.	1,300.00	130,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - 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
 SON : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS

VALOR NETO 130,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 130,000
 IVA 24,700
 TOTAL FACTURA 154,700

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

9644124

Teléfono:

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 05-03-2014

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
60	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	5,000.00	300,000
2	AC. ACETILSALICILICO 500 MG/ por 1000	10,800.00	21,600
1	AC. ASCORBICO 500 MG por 30	1,500.00	1,500
30	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 250	2,300.00	69,000
8	AMOXICILINA 500 MG por 500	11,400.00	91,200
50	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500.00	425,000
10	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.00	23,000
3	CLORPROMAZINA 25 MG por 1000	7,000.00	21,000
300	GEMFIBROZILLO 600 MG por 20	1,170.00	351,000
6	IBUPROFENO 400 MG por 1000	8,000.00	48,000
2	LOPERAMIDA 2 MG por 1000	7,000.00	14,000
60	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	10,000.00	600,000
150	VASELINA LIQ. por 125ml	600.00	90,000

LA FACTURA DEBE SER 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.

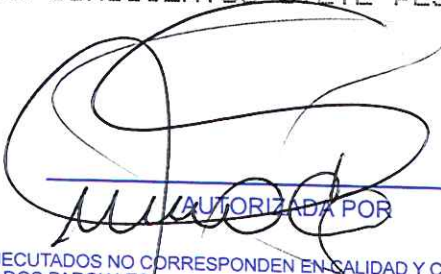
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,055,300
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,055,300
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	390,507
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,445,807

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SIETE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-03-2014

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
1,200	BENGUE POMADA POTE 30grs	545.00	654,000
50	VASELINA AZUFRAADA 6%	564.00	28,200

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES -R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 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 : OCHOCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS

VALOR NETO 682,200
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 682,200
 IVA 129,618
 TOTAL FACTURA 811,818

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA:

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono:

3655245

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-03-2014

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
82	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.00	254,200
100	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	920.00	92,000
3	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	6,000.00	18,000
1,600	ATORVASTATINA 10 MG por 30	570.00	912,000
200	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.00	1,180,000
1	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,500.00	7,500
8	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	16,500.00	132,000
1	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.00	5,500
800	SERTRALINA 50 MG POR 30	430.00	344,000

LA FACTURA DEBE SER 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


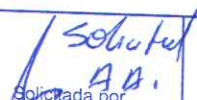
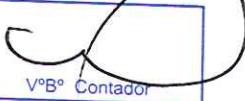
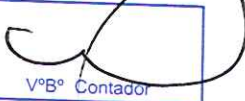
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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 2,945,200
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 2,945,200
IVA 559,588
TOTAL FACTURA 3,504,788

MONEDA : TRES MILLONES QUINIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS

OCHENTA Y OCHO PESOS

Empleado 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: 06-03-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 06-03-2014

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	DISULFIRAM 500 MG por 1000	64,000.00	64,000
10	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	22,000.00	220,000
1,200	TRIMEBUTRINO MALEATO 100MG X 20	380.00	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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039


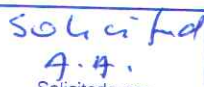
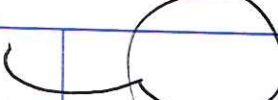
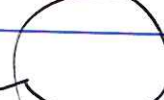
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

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 740,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 740,000
 IVA 140,600
 TOTAL FACTURA 880,600

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por A.A.	 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: 06-03-2014

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF.74

Teléfono: 4227296

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-03-2014

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
600	PASTA LASAR 30 Grs.	490.00	294,000
25	VASELINA SALICILADA 5%	790.00	19,750
1,200	VASELINA SOLIDA 30gr	420.00	504,000



LA FACTURA DEBE SER 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.

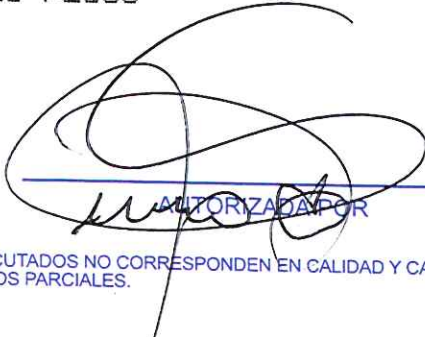
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	817,750
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0.
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	817,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	155,373
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	973,123

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL CIENTO VEINTITRES PESOS

 Emitido por	<i>Solera Sud</i> 4-4 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:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 14

de Fecha 05-03-2014

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	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	31,800

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

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

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	31,800
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,800
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9200	IVA	6,042
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,842

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:
 De acuerdo a su cotización N° 4

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-03-2014

sírvase despachar

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




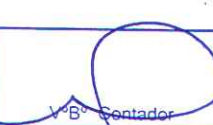
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	29,760

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	29,760
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,760
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	5,654
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,414

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 06-03-2014

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° 14

de Fecha 05-03-2014

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
90	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	143,100
15	PILAS AAA x 4	1,434.00	21,510



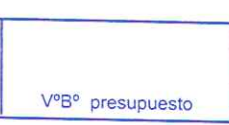
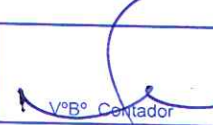
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	164,610
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	164,610
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	31,276
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	195,886

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

*** Despachar factura en Lugar Entrega ***

De acuerdo a su cotización N° 14

de Fecha 05-03-2014

sírvase despachar

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


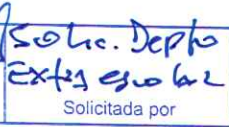

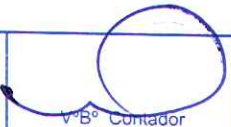
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	273.00	5,460
20	CARPETA DE CARTON	64.00	1,280
3	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	425.00	1,275
2	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	3,180
40	PAPEL PAPELOGRAFO BLANCO 77X110 PLIEGO	38.00	1,520
12	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	220.00	2,640
12	PINCEL GERMAN 101 N° 5	125.00	1,500
12	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	215.00	2,580
12	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	222.00	2,664

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	22,099
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,099
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	4,199
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,298

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

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

069777

06-03-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 4

de Fecha 05-03-2014

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	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	11,200
2	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100.00	200
4	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	5,952

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	17,352
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,352
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	3,297
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,649
MON : VEINTE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE 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 SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

FECHA: 06-03-2014

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° 14

de Fecha 05-03-2014

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	ARCILLA PROFESIONAL ARTEL BLANCA 1 KILO	953.00	9,530
25	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	11,375
20	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	273.00	5,460
2	CAJA TERMOLAMINADO HEATSEAL DE 9" X 14.5"	7,592.00	15,184
25	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,475.00	36,875
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA AMARILLO REPROGRAF	4,280.00	4,280
50	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	2,800
25	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	159.00	3,975
25	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	159.00	3,975
25	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	159.00	3,975
25	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	159.00	3,975
25	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	3,975
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	2,280
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	1,140
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	2,280
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.00	1,140
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	912
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	1,140
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.00	2,280
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	1,520
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	1,140
5	COLA FRIA X KILO	1,953.00	9,765
10	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T. AZUL PEGAFIX	492.00	4,920
5	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	2,839.00	14,195
15	LAPIZ PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,400.00	22,200
60	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	95,400
35	REGLA 30 CM ARTEL	99.00	3,465
15	STICK FIX 40 gr. PRITT	618.00	9,270
15	STICK FIX 40 gr. UHU	577.00	8,655
10	TEMPERA 12 COLORES ARTEL	700.00	7,000
25	TIJERAS PUNTA ROMA	187.00	4,675
1	TIZA 100 UNID. DATA ZONE BLANCA	253.00	253
5	TIZA 100 UNID. DATA ZONE COLOR	366.00	1,830

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	301,639
DESTINO	: COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	301,639
LUGAR ENTREGA	: TOMAS MORO 1651	IVA	57,311
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	358,950

MONTO : TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

Emitido por: *Ashe. Lopez*
S. 130 642

Solicitada por: _____

VºBº presupuesto: _____

VºBº Contador: _____

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR: *[Firma]*

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

069775

06-03-2014

FECHA:

ILOP S.A. 804782001

Señor(es): A. VESPUCIO NORTE 727

Dirección: 6205100

Teléfono:

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 4

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-03-2014

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
17	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	9,520
15	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	878.00	13,170
15	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 200 CC	878.00	13,170
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
2	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	968.00	1,936
5	DESTACADOR BIC AMARILLO	218.00	1,090
60	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	89,280
5	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL.BASICOS) ALO	539.00	2,695
20	TIJERAS GRANDE	352.00	7,040

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	139,791
DESTINO	: COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	139,791
LUGAR ENTREGA	: TOMAS MORO 1651	IVA	26,560
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	166,351

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

Emitido por <i>S. Solu. Lopez</i>	Solicitada por <i>S. Solu. Lopez</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--------------------------------------	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

[Signature]
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): 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 05-03-2014 sirvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	APRETAPAPEL CHICO x u	150.00	7,500
20	APRETAPAPEL MEDIANO 32 MM.	279.00	5,580
20	BLOCK DE DIBUJO TAMAÑO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	9,100
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA AMARILLO REPROGRAF	4,280.00	4,280
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA VERDE REPROGRAF	4,280.00	4,280
1	CALENDARIO GRANDE	775.00	775
2	CARPETA VINIL CARTA FAST RHEIN	424.00	848
1	CARPETA VINILICA TIPO CAJA	644.00	644
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	1,520
1	GUILLOTINA METALICA 40 CM.	21,300.00	21,300
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	79,500

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 factorización 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
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SESENTA Y UN MIL TREINTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 135,327
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 135,327
IVA 25,712
TOTAL FACTURA 161,039

Entregado por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 4

de Fecha 05-03-2014

sírvase despachar

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


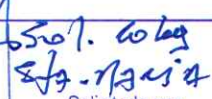


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	878.00	8,780
10	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	75.00	750
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	59,520

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	69,050
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	69,050
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	13,120
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,170
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA Y DOS MIL CIENTO SETENTA 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.

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

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	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,516.00	6,064
10	CAJA ALFILERES	136.00	1,360
6	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 3/8 10 MM.	2,285.00	13,710
2	CUCHILLO L-2 MANGO CAUCHO	5,351.00	10,702
6	DESTACADOR CELESTE	190.00	1,140
6	DESTACADOR NARANJO	190.00	1,140
6	DESTACADOR ROSADO	190.00	1,140
6	DESTACADOR VERDE	190.00	1,140
40	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	97.00	3,880
3	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	4,770
2	PEGAMENTO LA GOTITA	258.00	516
6	PERFORADOR CHICO	1,088.00	6,528
12	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	3,188.00	38,256
2	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UND. DURACELL	1,600.00	3,200
6	PLUMON POST MARKER 30 MM. NEGRO	353.00	2,118
6	TIJERAS PUNTA ROMA	187.00	1,122

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	96,786
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	96,786
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	18,389
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	115,175
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO QUINCE MIL CIENTO SETENTA Y CINCO 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.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUICIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 4

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100.00	600
6	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	121.00	726
12	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	6,216
6	CUCHILLO CARTONERO	149.00	894
3	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	4,464
6	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	1,188
6	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198.00	1,188
6	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	1,188

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

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

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	16,464
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,464
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	3,128
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,592

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : DIECINUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

	Sol. de las Paul Harris		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 06-03-2014

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° 14

de Fecha 05-03-2014

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	CAJA ALFILERES		
4	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	136.00	408
1	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	320.00	1,280
30	CARPETA CARTULINA AZUL	1,475.00	1,475
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	56.00	1,680
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	159.00	795
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	159.00	795
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	159.00	795
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	795
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	760
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	760
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	1,520
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	1,520
5	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	76.00	760
4	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	263.00	1,315
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	3,014.00	12,056
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	160.00	32,000
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	107.00	3,210
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	3,290.00	3,290
36	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	1,590.00	47,700
4	POST IT CHICO AMARILLO higland	227.00	8,172
2	POST IT GRANDE AMARILLO higland	100.00	400
5	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	264.00	528
10	STICK FIX 40 gr. PRITT	4,681.00	23,405
4	TEMPERA 12 COLORES ARTEL	618.00	6,180
		780.00	3,120

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

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

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	155,514
DESTINO	: COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,514
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 9040	IVA	29,548
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	185,062

VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SESENTA Y DOS PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA
069769

103

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 4

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-03-2014

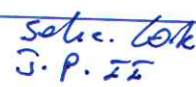

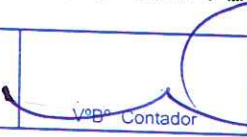

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. sirvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	4,480
10	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	2,840
4	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	121.00	484
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
5	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	363.00	1,815
2	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,089.00	2,178
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	44,640
4	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	880
4	TIJERAS GRANDE	352.00	1,408

LA FACTURA DEBE 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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	60,615
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	60,615
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	11,517
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	72,132
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTAÑO : SETENTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 13

de Fecha

sírvase despachar


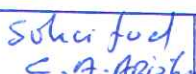

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,200.00	4,400
100	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	25,700
200	SOBRES PARA CD	389.00	77,800

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 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMIN	VALOR NETO	107,900
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	107,900
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	20,501
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	128,401
FORMA DE PAGO	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
FORMA DE PAGO	SON : CIENTO VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS UN PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 13

de Fecha 05-03-2014

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	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	3,525.00	35,250

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

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	35,250
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,250
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	6,698
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	41,948

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO 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

069766

06-03-2014

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr. CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 13

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-03-2014

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	MOUSE CON SCROLL USB	2,980.00	44,700
10	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	3,525.00	35,250

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

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	79,950
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	79,950
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	15,191
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	95,141

SON : NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 3

*** Despachar factura en Lugar Entrega ***
 de Fecha 05-03-2014

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
60	CD VERBATIM R GRABABLE	221.00	13,260
7	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	7,498.00	52,486

LA FACTURA DEBE SER 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. ADMINISTRADOR NETO	65,746
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	DESCUENTO 0.0 0
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	SUB-TOTAL 65,746
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	IVA 12,492
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA 78,238
MONTO	: SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS	

	<i>sol. lops</i> L. D. Vinci	
Emilio por	Solicitada por	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: 06-03-2014

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 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 13

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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.	2,200.00	4,400
40	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	257.00	10,280

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	14,680
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,680
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	2,789
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,469
CONDICION	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS		

 Emitido por	<i>Sol. Depto Exclusivo</i> Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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: 06-03-2014

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 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 13

sírvase despachar

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


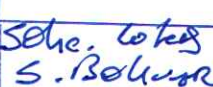
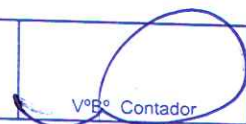
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	CABLE EXTENSION USB 1 METRO	787.00	7,083
4	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,200.00	8,800
30	CD VERBATIM GRABABLE	190.00	5,700
30	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	7,710
10	SOBRES PARA CD	389.00	3,890

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

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

CUENTA :	421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	33,183
DESTINO :	COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	33,183
LUGAR ENTREGA :	TOMAS MORO 1651	IVA	6,305
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,488

MONEDA : TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

		
Emitted por	Solicitada por	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.



ORDEN DE COMPRA

069762

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 3

*** Despachar factura en Lugar Entrega ***
de Fecha 05-03-2014

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	PAD MOUSE GEL 3M	5,846.00	23,384

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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	23,384
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,384
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	4,443
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,827

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTISIETE 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: 06-03-2014

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 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 13

sírvase despachar



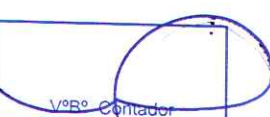
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CAJA COMPAC DISC, REGRABABLE 10 U X IMATION	1,298.00	1,298
2	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,200.00	4,400
4	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	1,800.00	7,200
2	PAPEL FOTOGRAFICO PLUS (IMPRESORA) X 20 HOJAS	5,290.00	10,580
1	SOBRES PARA CD	389.00	389

LA FACTURA DEBE SER 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. ADMIN	VALOR NETO	23,867
DIRECCION	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,867
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	4,535
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,402
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS DOS 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: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014


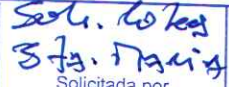

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **servase despachar**

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	7,498.00	112,470
3	TECLADO	3,262.00	9,786

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	122,256
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	122,256
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	23,229
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	145,485
CONDICION	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	MONTO : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS		

 Solicitado 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: 06-03-2014

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 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 13

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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.	2,200.00	4,400
20	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	5,140

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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento. -
 CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO 9,540
 DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS DESCUENTO 0.0 0
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 9,540
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188 IVA 1,813
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 11,353
 MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : ONCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

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

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: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

sírvase despachar



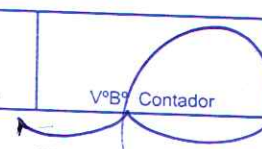
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	7,498.00	22,494

LA FACTURA DEBE 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.

MENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	22,494
STINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,494
GAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	4,274
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,768
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
N : VEINTISEIS 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 13

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	257.00	2,570

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	2,570
DESTINO	: COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,570
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 9040	IVA	488
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,058
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTON : TRES MIL CINCUENTA Y OCHO PESOS			

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILDP S.A. 804702001

Dirección: A. VESPUCCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 3

de Fecha 05-03-2014

sírvase despachar

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

ANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CD IMATION GRABABLE	221.00	2,210

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

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

DESTINO : 421121	INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	2,210
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS		SUB-TOTAL	2,210
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040		IVA	420
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	2,630
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS			

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

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

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	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	2,570
2	KIT LIMPIEZA COMPUTADOR	1,230.00	2,460
2	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	1,800.00	3,600

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA :	421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMIN	VALOR NETO	8,630
DESTINO :	CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	8,630
LUGAR ENTREGA :	CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,640
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,270
CONDICIONES :	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	DIEZ MIL DOSCIENTOS SETENTA 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.



ORDEN DE COMPRA

10-3

069754

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014 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	ACCOCLIPS PLASTICO COLORES CAJA 50 UND.	376.00	752

LA FACTURA DEBE 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.

DESTINO : 421110 GASTOS EN COMPUTACION
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO	752
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	752
IVA	143
TOTAL FACTURA	895

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014

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	CD IMATION GRABABLE	221.00	4,420




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

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

VENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	4,420
ESTINDO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,420
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	840
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,260

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

FECHA: 06-03-2014

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

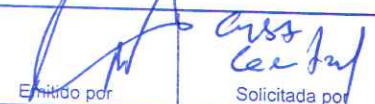


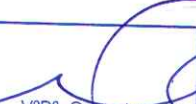
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC. CON SABOR	439.00	5,268
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 500 CC. CON SABOR	401.00	4,812
15	AZUCAR 1KG IANSA	580.00	8,700
5	CAFE EN GRANO ENTERO	1,828.00	9,140
24	COCA-COLA LIGTH 1500 CC POR UNIDAD	750.00	18,000

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

VENTA	: 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	45,920
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,920
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	8,725
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,645
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

10-3

069751

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC CON GAS	428.00	5,136
10	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GRS.	2,988.00	29,880

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

ENTIA	: 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	35,016
STINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,016
GAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	6,653
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	41,669

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

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

[Signature]
AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014 sírvase despachar


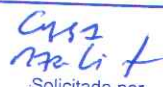
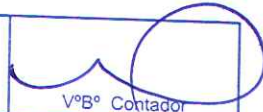
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CIF CREMA X 750 CC		
4	CLORO GEL	710	1,420
4	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	625	2,500
4	JABON LIQ. YERDEN DOSIFICADOR 340 C.C.	980	3,920
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	493	1,972
2	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	649	649
		14,529	29,058

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	39,519
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,519
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	7,509
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,028
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CUARENTA Y SIETE MIL VEINTIOCHO PESOS		

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

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

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	LISOFORM AEROSOL	1,231.00	4,924
6	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124.00	36,744
2	PANO AMARILLO	130.00	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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	41,928
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,928
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	7,966
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,894

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 12

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	2,980.00	2,980
500	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	438.00	219,000
3	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	5,961

LA FACTURA DEBE SER 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.-

SENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	227,941
STINO	: CENTRO IMAGENOLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	227,941
GAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	43,309
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	271,250
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS			

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

[Signature]
AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

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.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 2

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


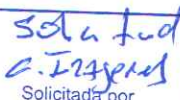

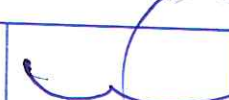
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CLORO X LITRO	296.00	1,184
15	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	28,530

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 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 : TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO	29,714
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	29,714
IVA	5,646
TOTAL FACTURA	35,360

 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.

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

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	BOLSA BASURA 80X110		
5	CIF CREMA X 750 CC	600.00	12,000
10	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	710.00	3,550
3	GUANTES LATEX TALLA S	980.00	9,800
6	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	487.00	1,461
2	LAVALOZAS X 5 LTS	1,200.00	7,200
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	3,439.00	6,878
4	RENOVADOR DE GOMA PARA AUTOMOVIL KIT 440 CC.	870.00	8,700
4	ROLLO ALUSA PLAS	1,290.00	5,160
10	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	414.00	1,656
4	SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.	234.00	2,340
10	TRAPERO DOBLE C/OJAL	1,555.00	6,220
		680.00	6,880

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 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

FECHA DE ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	71,845
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71,845
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,651
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	85,496
CONDICIONES DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS		

Emitido por: *[Firma]*
 Solicitada por: *[Firma]*
 V°B° presupuesto: *[Firma]*
 V°B° Costador: *[Firma]*
 AUTORIZADA POR: *[Firma]*

SERVACIONES:
 EL 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: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 2

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-03-2014

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	CLORO X LITRO	296.00	8,880
2	DISPENSADOR TOALLA NOVA	5,809.00	11,618
20	ESPONJA P/ LOZA	189.00	3,780
3	GUANTES CORRIENTE LATEX VIRUTEX TALLA M M/USD	948.00	2,844
10	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	24,500
8	LISOFORM AEROSOL	1,231.00	9,848
60	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124.00	367,440
15	PANO AMARILLO	130.00	1,950
4	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	7,608

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 factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	438,468
DISTRITO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	438,468
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	83,309
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	521,777
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : QUINIENTOS VEINTIUN MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS		

 Emitido por	<i>Solicitada</i> C. 4 pag. 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: 06-03-2014

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 05-03-2014 sirvase despachar


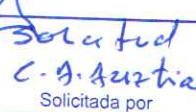
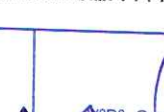

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CIF CREMA X 750 CC		
15	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC AQUAMARI	710.00	21,300
15	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC MAGNOLIA	3,787.00	56,805
15	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC ROSA FLORES	3,787.00	56,805
20	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SPA GLADE	3,787.00	56,805
30	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	1,159.00	23,180
10	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	980.00	29,400
15	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	5,464.00	54,640
20	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	498.00	7,470
200	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	5,500.00	110,000
		22.00	4,400

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

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

ENTRADA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	420,805
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	420,805
PERSONAL ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	79,953
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	500,758
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : QUINIENTOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS		

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


 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:
 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: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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	BONDRIL		
25	COLOR X LITRO	189.00	3,780
30	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	296.00	7,400
10	DISPENSADOR TOALLA NOVA	1,231.00	36,930
20	ESPONJA BONDRIL	5,809.00	58,090
		189.00	3,780

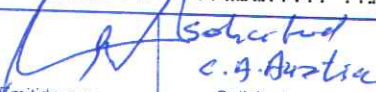



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	109,980
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	109,980
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,896
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	130,876

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO TREINTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA 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 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

Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
de acuerdo a su cotización N° 12

*** Despachar factura en Lugar Entrega ***
de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar

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

ANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BOLSA BASURA 50X70	194.00	3,880
20	BOLSA BASURA 80X110	600.00	12,000
5	CIF CREMA X 750 CC	710.00	3,550
15	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON PO ETT	688.00	10,320
5	DESODORANTE P/BANO	1,290.00	6,450
10	GUANTES TEJIDO PVC	157.00	1,570
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,245
10	PANOS ESPONJA	273.00	2,730
20	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,180.00	23,600

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.-

ENTREGA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	67,345
DIRECCION DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	67,345
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	12,796
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,141
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : OCHENTA MIL CIENTO CUARENTA Y UN PESOS			

	Solic. Co. la S.F.O.-T.-P	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	------------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 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
2	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,375.00	6,750
5	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	13,445
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	19,020



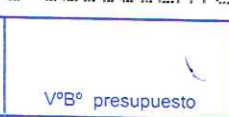
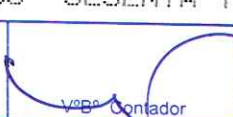
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

IDENTIFICACION :	421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	39,215
DESTINO :	COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	39,215
LUGAR ENTREGA :	AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	7,451
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,666

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

CANTIDAD : CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 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	BALDES X 10 LTS		
5	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	1,418.00	2,836
60	BOLSA BASURA 80X120	2,980.00	14,900
20	CIF CREMA X 750 CC	696.00	41,760
20	CLORO GEL	710.00	14,200
10	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	625.00	12,500
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLAD E	688.00	6,880
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON PO ETT	980.00	9,800
4	DETERGENTE OMO 400 KGS	688.00	6,880
2	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	569.00	2,276
10	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	4,993.00	9,986
4	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	5,491.00	54,910
12	GUANTES GOMA 7 1/2	284.00	1,136
2	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	490.00	5,880
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	5,500.00	11,000
2	LAVALOZAS X 5 LTS	649.00	3,245
2	LUSTRA MUEBLES X 5 LTS	3,439.00	6,878
27	MOPA FIBRA 16	7,144.00	14,288
5	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	1,734.00	46,818
6	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	401.00	2,005
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	234.00	1,404
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	1,180.00	11,800
		16.00	1,600

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

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

CUENTA DESTINO : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	282,982
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	DESCUENTO 0.0	0
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	SUB-TOTAL	282,982
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	IVA	53,767
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA	336,749
MON : TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS		

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 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	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,375.00	30,375
20	COLORO X 5 LTS	1,205.00	24,100
9	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120.00	19,080
9	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,231.00	11,079
12	ESPONJA VIRUTEX	189.00	2,268
18	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	48,402
5	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,590.00	7,950
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282.00	4,564
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300
3	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	5,706
10	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	723.00	7,230

LA FACTURA DEBE SER 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

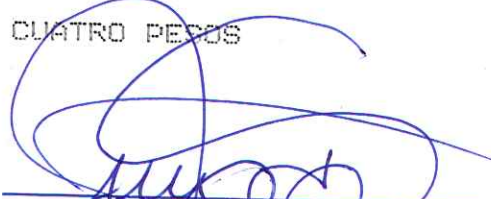
No se acepta la factorización del pago de este documento.-

ENTRADA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	162,054
DIRECCION : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,054
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	30,790
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	192,844

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

N : CIENTO NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO 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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**
Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

FECHA: **06-03-2014**

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**
De acuerdo a su cotización N° **12**

Teléfono: **8206290**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha **05-03-2014** 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	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	5,910
5	ANTIGRASA X 500 ML	806.00	4,030
6	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.	614.00	3,684
20	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	381.00	7,620
20	BOLSA BASURA 80X110	600.00	12,000
20	BOLSA BASURA 80X120	696.00	13,920
20	BOLSA BASURA 50X90	381.00	7,620
30	CIF CREMA X 750 CC	710.00	21,300
5	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	942.00	4,710
1	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,363.00	2,363
1	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	4,993.00	4,993
5	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	5,491.00	27,455
10	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	2,840
2	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	749.00	1,498
6	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,775.00	22,650
10	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	19,870
15	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,249.00	18,735
10	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872.00	18,720
10	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	5,500.00	55,000
30	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	19,470
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,794.00	27,940
5	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	273.00	1,365
10	PANOS SACO CON OJAL	475.00	4,750
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	8,700
6	ROLLO ALUSA PLAS	414.00	2,484
12	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	7,363.00	88,356
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	1,600
50	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22.00	1,100
20	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,268.00	25,360
10	VIRUTILLA P/OLLAS S. BRITE	130.00	1,300

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	437,343
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	437,343
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	83,095
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	520,438
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : QUINIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804702001

FECHA: 06-03-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 2 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,375.00	6,750
15	CLORO X 5 LTS	1,205.00	18,075
5	ESPONJA VIRUTEX	189.00	945
5	GLASSEX RECARGA	1,020.00	5,100
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	16,134
3	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282.00	6,846
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	6,050
10	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	2,109.00	21,090
30	PANO AMARILLO	130.00	3,900
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	19,020

LA FACTURA DEBE 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.-

VALOR NETO	104,710
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	104,710
IVA	19,895
TOTAL FACTURA	124,605

CIENTA VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS
 : 421103 MATERIAL DE ASEO
 : COLEGIO LEONARDO DA VINCI
 : 24 HORAS
 : CERRO ALTAR 6811
 : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

Empleado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Sectador
<i>[Signature]</i>	<i>Solic. Lolita L. D. Vinci</i>		<i>[Signature]</i>

[Signature]
 AUTORIZADA POR

SERVACIONES: PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA
069736

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014 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 HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,794.00	5,588

LA FACTURA DEBE SER 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.-

CLASIFICACION :	421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	5,588
DEPARTAMENTO :	DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	5,588
LUGAR ENTREGA :	CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,062
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,650

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTANTO : SEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS

	<i>Solic. Depto Ex. Escol</i>		
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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 2 y/o ejecutar, 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	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	1,902


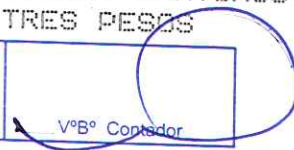
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

MENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,902
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,902
 IVA 361
 TOTAL FACTURA 2,263

VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

Emitted por 	Solicitada por <i>Bole. Depto Extraescolar</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador 
--	--	------------------	---


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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 05-03-2014 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 GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	2,364
3	AMPOLLETA 60 WATT	175.00	525
3	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	2,980.00	8,940
15	BASUREROS PARA BANOS MEDIANO	7,329.00	109,935
3	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	381.00	1,143
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POE TT	1,054.00	10,540
1	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	9,201.00	9,201
39	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. NEGRA	234.00	9,126
2	INSECTICIDA RAID	1,983.00	3,966
2	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	2,400
4	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	5,500.00	22,000
2	LAVALOZAS X 5 LTS	3,439.00	6,878
4	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	425.00	1,700
2	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,794.00	5,588
5	TOALLA NOVA	319.00	1,595
200	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	3,200
150	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22.00	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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

FECHA ENTREGA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	202,401
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	202,401
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	38,456
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,857
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : DOSCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS		

Emitted por <i>S. Bolívar</i>	Solicitada por <i>S. Bolívar</i>	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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,375.00	3,375
5	BASURERO P/SALAS MEDIANO	2,483.00	12,415
10	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,231.00	12,310
4	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	9,800
2	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	5,378
4	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	2,420
4	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124.00	24,496
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300
10	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	140.00	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 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

IDENTIFICACION :	421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	72,894
DIRECCION DESTINO :	COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	72,894
LUGAR ENTREGA :	TOMAS MORO 1651	IVA	13,850
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	86,744
VALOR : OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS			

Emitted por: *S. Bolivar*
 Solicitada por: *S. Bolivar*
 V°B° presupuesto: *[Signature]*
 V°B° Contador: *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014 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	BALDES X 10 LTS	1,410.00	14,100
50	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	301.00	19,050
50	BOLSA BASURA 80X110	600.00	30,000
12	CIF CREMA X 750 CC	710.00	8,520
12	COLOR GEL	625.00	7,500
10	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	508.00	5,080
6	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	7,200
10	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	6,490
1	LAVALOZAS X 5 LTS	3,439.00	3,439
6	MOPA CLASICA VILEDA C/MANGO REUTILIZABLE	2,490.00	14,940
12	MOPA FIBRA 16	1,734.00	20,808
6	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	425.00	2,550
16	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,180.00	18,880
10	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,268.00	12,680

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.-

ENTRADA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	171,317
DIRECCION	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	171,317
MODO ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	32,550
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	203,867

VALOR : DOSCIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS

Entendido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

069731

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014 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	CLORO X 5 LTS	1,205.00	12,050
10	ESPONJA VIRUTEX	109.00	1,090
10	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	26,890
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,202.00	4,404
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	6,050
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300
10	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	140.00	1,400

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	54,144
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	54,144
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	10,287
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	64,431
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN 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 SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
 De acuerdo a su cotización N° 12

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-03-2014 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	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 700 CC.	668.00	4,008
10	BOLSA BASURA 50X70	194.00	1,940
10	BOLSA BASURA 80X120	696.00	6,960
10	BOLSA BASURA 50X90	381.00	3,810
6	BOLSA BASURA 120X130	2,439.00	14,634
10	COLOR GEL	625.00	6,250
2	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,363.00	4,726
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLAD E	980.00	9,800
1	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,464.00	5,464
6	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	1,704
6	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,775.00	22,650
2	GUANTES GOMA 8 ANTIDES.	619.00	1,238
2	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	508.00	1,016
8	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	9,600
3	ISOPO MANGO GRUESO MADERA	522.00	1,566
2	LIMPIADOR BANO CLORO PUREX POLVO 400 GR.	389.00	778
3	MOPA FIBRA 16	1,734.00	5,202
8	PALA ASEO METALICA CORRIENTE MANGO LARGO	775.00	6,200
8	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	425.00	3,400
2	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	273.00	546
8	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	401.00	3,208
2	SECADOR DE VIDRIO COMPLETO DE 45 CM. WINKLER	43,751.00	87,502

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	202,202
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	202,202
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	38,418
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	240,620

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS

Entregado por <i>Paul Harris</i>	Solicitada por <i>Paul Harris</i>	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.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

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	BASURERO P/SALAS RECTANGULAR	3,041.00	36,492
10	BASURERO PARA BANO RECTANGULAR	4,467.00	44,670
20	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,231.00	24,620
1	DISPENSADOR TOALLA NOVA	5,809.00	5,809
10	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124.00	61,240

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	172,831
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	172,831
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	32,838
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	205,669

MON : DOSCIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

Entidad por: <i>Abel. Wks</i>	Solicitada por: <i>Paul Harris</i>	V°B° presupuesto: <i>[Signature]</i>	V°B° Contador: <i>[Signature]</i>
-------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

[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): 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 05-03-2014 sírvase despachar


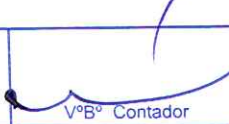
Para ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	1,007.00	3,021
19	BOLSA BASURA 50X90	381.00	7,239
3	BOLSA BASURA 120X130	2,439.00	7,317
3	BOTA AGUA DE PLASTICO DE 75 CM. PARA PISO	799.00	2,397
6	CIF CREMA X 750 CC	710.00	4,260
1	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	749.00	749
3	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,775.00	11,325
1	GOMA LIMPIA VIDRIOS	1,899.00	1,899
3	GUANTES GOMA 7 1/2	490.00	1,470
3	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	500.00	1,524
3	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	1,947
6	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	2,400.00	14,400
6	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	1,404
6	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,100.00	7,000

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

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

CUENTA	# 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	66,512
DESTINO	# COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	# 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,512
LUGAR ENTREGA	# CALLE PATRICIA 9040	IVA	12,637
FORMA DE PAGO	# 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	79,149
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTON : SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS			

	<i>Solicitada</i> Laks. G.P.S.S.	V°B° presupuesto	
Emitido por	Solicitada por		V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 2

sírvase despachar


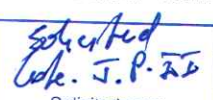
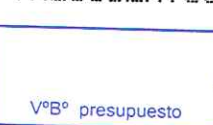
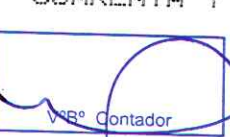
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARRO ESTRUJADOR MOPA 36 LTS. MARCA FIBRA	3,132.00	3,132
10	COLOR X 5 LTS	1,205.00	12,050
2	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	5,462.00	10,924
5	ESPONJA P/ LOZA	189.00	945
1	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	2,450
3	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	8,067
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282.00	2,282
4	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	2,420
3	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124.00	18,372
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	19,020

LA FACTURA DEBE 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	80,962
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80,962
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	15,383
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	96,345
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 05-03-2014

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
6	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,025.00	12,150
10	AMPOLLETA 40 WATT	175.00	1,750
2	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 700 CC.	668.00	1,336
10	BOLSA BASURA 80X120	696.00	6,960
8	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	688.00	5,504
4	DETERGENTE OMO 400 KGS	569.00	2,276
1	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	749.00	749
8	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,775.00	30,200
10	GUANTES LATEX TALLA S	487.00	4,870
2	PALA ASEO METALICA CORRIENTE MANGO LARGO	775.00	1,550
6	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	2,796
15	PANO MULTIUSO 39X40 CMS. VIRUTEX	564.00	8,460
20	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	17,400
7	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	1,638
6	TRAPERO TRAMY ABSORVENTE 55X49	1,767.00	10,602

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	108,241
DIRECCION : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	108,241
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	20,566
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	128,807
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTAÑO : CIENTO VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS SIETE PESOS		

Entregado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 2

sírvase despachar


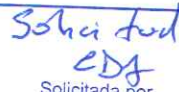
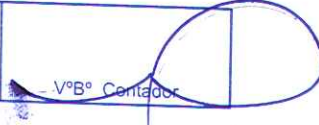

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	LIMPIADOR PISO FLOTANTE		
5	LISOFORM AEROSOL	1,590.00	9,540
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	1,231.00	6,155
15	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	605.00	6,050
15	PANO AMARILLO	6,124.00	91,860
		130.00	1,950

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	115,555
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	115,555
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	21,955
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	137,510
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS		

 Emitido por	 Solicitada por	 V°B° proveedor	 AUTORIZADA POR
---	---	---	--

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: 06-03-2014

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 05-03-2014 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	BOLSA BASURA 50X70	194.00	1,940
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	301.00	3,010
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLAD E	980.00	4,900
2	ESCOBILLA PARA UNAS	252.00	504
2	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	2,400
10	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	6,490
3	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	1,398
10	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	2,340
4	SILICONA LIQUIDA FRASCO	234.00	936
4	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,268.00	5,072

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	29,790
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,790
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,660
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,450
MON : TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS		

Entido por	Solicitada por	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: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 2

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-03-2014 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	AMPOLLETA 26 WATT C-830 2P PHILLIPS PLC	1,726.00	17,260
10	CLORO X LITRO	296.00	2,960
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300
5	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	723.00	3,615
10	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	723.00	7,230

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	32,365
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	32,365
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	6,149
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	38,514
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS		

Emitido por <i>C. Cortez</i>	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---------------------------------	----------------	------------------	---------------

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:
ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA
CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-03-2014

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


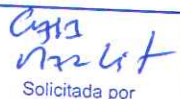
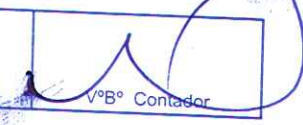

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS		
4	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	155	3,100
50	FUNDAS PLASTICAS CARTA	369	1,476
50	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	19	950
4	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	22	1,100
1	PERFORADOR GRANDE cangaro	450	1,800
4	TACO BLANCO 9X9 CM.	3,646	3,646
		211	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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
DESTINO : CASA MARLIT
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTAÑO : QUINCE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS

VALOR NETO 12,916
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 12,916
IVA 2,454
TOTAL FACTURA 15,370

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.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-03-2014

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
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328	1,640
2	CORCHETERA BOSH	3,234	6,468
4	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247	988
20	LAPIZ TOP 505 PASTA AZUL	72	1,440
5	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	7,440
3	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	330
5	SEPARADOR OFICIO MENSUAL J60.	594	2,970

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 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VOUCHER : VOUCHER BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS

VALOR NETO 21,276
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 21,276
 IVA 4,042
 TOTAL FACTURA 25,318

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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

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	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	155	1,550
20	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	380
20	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	440
10	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	440
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	960
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	960
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	960
3	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	610	1,830
2	REGLA 30 CM CRISTAL	95	190
2	STICK FIX 40 gr. UHU	580	1,160
6	TACO BLANCO 9X9 CM.	211	1,266

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES, R.I. TEL: 70-902000-5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago

AGENCIA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	10,136
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,136
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	1,926
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,062
MONEDA : DOCE MIL SESENTA Y DOS PESOS		

Entido 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.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

de acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 05-03-2014

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
10	CARPETA PLASTIFICADAS	116	1,160
3	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	567
10	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	619	6,190
6	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	363	2,178
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	14,880



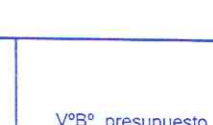
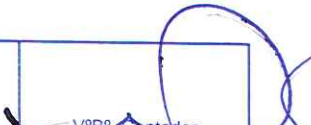

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

AGENCIA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	24,975
DIRECCION : CENTRO IMAGENOLOGICA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,975
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	4,745
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,720

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	 VºBº presupuesto	 VºBº Costador	 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): 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 05-03-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


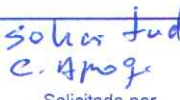

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862	1,724

LA FACTURA DEBE SER 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	: 421110 GASTOS EN COMPUTACION	VALOR NETO	1,724
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,724
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	328
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,052

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOS MIL CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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 05-03-2014

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
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590	63,600
3	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	450	1,350
12	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	460	5,520
3	PAQUETE SOBRE 1/3 OFICIO 50 UNID.	831	2,493
3	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,690	5,070
2	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID.OFICIO	475	950
1	PEGAMENTO CONTACTO 50 ML. TRASPARENTE UHU	1,019	1,019
20	PILAS CR 2032 3 VOL	184	3,680
8	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228	33,824
11	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,726	18,986
1	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	180	180
1	PORTA BANDERITA DE COLORES	1,515	1,515
2	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	1,981	3,962
2	PORTA SCOTCH UNID.	728	1,456
5	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	740
15	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260	3,900
3	REGLA METALICA X 50 CM.	1,198	3,594
1	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250	4,250
5	SACA PUNTAS	51	255
6	SACA PUNTAS METALICO	96	576
2	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	928	1,856
3	STICK FIX 40 gr. PRITT	615	1,845
10	STICK FIX 40 gr. UHU	580	5,800
25	TACO BLANCO 9X9 CM.	211	5,275
1	TACO CALENDARIO CHICO	657	657
2	TIJERAS PUNTA ROMA	173	346
1	TIJERAS 8.0 20.32 CM. MUNDIAL 437-8	6,700	6,700

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	179,399
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	179,399
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,086
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	213,485

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

	<i>Solicitud</i> E. Apog.		
Emitted 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

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 05-03-2014

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
1.1	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	732	8,052
3	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM.X40 MT.	279	837
4	CLIPS GRANDE 80 MM.	421	1,684
1	CLIPS MAGICOS 50 UD. PLATEADO 4.8 MM.ADIX CAJA	893	893
1	CUADERNILLO MATEMATICAS	51	51
1	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	2,890	2,890
18	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336	6,048
2	DEDOS GOMA AZUL	47	94
9	DESTACADOR AMARILLO	169	1,521
9	DESTACADOR CELESTE	169	1,521
18	DESTACADOR NARANJO	169	3,042
18	DESTACADOR ROSADO	169	3,042
3	DESTACADOR VERDE	169	507
13	FORRO PLASTICO CUADERNO UNIVERSITARIO TRANSP.	49	637
2	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	236	472
4	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	76
120	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	2,640
5	GOMA DE BORRAR	45	225
10	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	440
30	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	2,160
5	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	70	350
53	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	5,194
46	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	4,508
16	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	1,568
15	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98	1,470
39	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	3,744
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	1,248
7	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	672
5	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,086	5,430
6	MARCADOR ROPA M10 AZUL	610	3,660
5	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	610	3,050
5	MARCADOR ROPA M10 ROJO	610	3,050
6	MARCADOR ROPA M10 VERDE	610	3,660

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	74,436
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,436
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	14,143
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,579

SON : OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

069715

107

06-03-2014

FECHA:

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1.1

de Fecha 05-03-2014

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	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	1,021	1,021
15	APRETAPAPEL CHICO x u	35	525
5	APRETAPAPEL CHICO 19 MM.	164	820
5	APRETAPAPEL GRANDE	62	310
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	610	6,100
6	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	1,094	6,564
7	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913	6,391
1	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS	3,800	3,800
3	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040	6,120
4	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,516	6,064
2	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	563	1,126
1	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	129	129
4	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	72	288
4	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	1,448
2	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,527	3,054
2	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190	380
2	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189	378
3	CALENDARIO GRANDE	940	2,844
1	CALCO MAQ. OFICIO X 25 HOJAS	1,913	1,913
24	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	99	2,376
20	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	99	1,980
2	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	424	848
8	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	155	1,240
5	CARPETA VINILICA TIPO CAJA	1,362	6,810
15	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294	4,410
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	70	420
21	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	70	1,470
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	70	700
3	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,605	25,815
50	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633	31,650
3	CINTA ADHESIVAS 3M 12/60	1,770	5,310
3	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	369	1,107
6	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369	2,214

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO	135,625
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	135,625
IVA	25,769
TOTAL FACTURA	161,394

SON : CIENTO SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

Emitido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 1.

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.




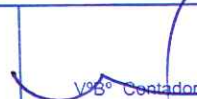
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,400	12,000
8	PILAS AAA x 4	1,551	12,408
1	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	198	198
1	PLUMON PIZARRA MAGNETICA AZUL	198	198
5	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	264	1,320
16	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	3,520
2	REGLA 20 CM. TRANSPARENTE	90	180
2	REGLA 30 CM ARTEL	110	220
7	SACA CORCHETE PALANCA	195	1,365
13	SEPARADOR CARTULINA CARTA 6 POSIC. 3 COLORES A LO	110	1,430
12	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	1,320
5	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	594	2,970
3	TIJERAS GRANDE	352	1,056

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	38,185
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,185
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,255
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,440

SON : CUARENTA Y CINCO 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 05-03-2014 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	BASE TACO CALENDARIO	1,389	2,778
1	CAJA ACCO CLIPS METALICO 50 UNID.	550	550
10	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100	1,000
3	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	242	726
12	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	55	660
2	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	116	232
2	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	116	232
4	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	116	464
1	CARPETA PLASTIFICADAS	116	116
3	CINTA ADHESIVAS 3M 810	1,555	4,665
21	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	3,969
2	CORCHETERA BOSH	3,234	6,468
2	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247	494
3	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518	1,554
47	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	619	29,093
2	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	968	1,936
2	CUADERNO GRADUADO CON ESPIRAL 100 HJS. MATEMAT.	245	490
3	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	363	1,089
10	DESTACADOR BIC AMARILLO	218	2,180
2	FECHADOR 4MM.	495	990
24	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204	4,896
4	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO	204	816
24	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204	4,896
5	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	553	2,765
2	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 NEGRO	553	1,106
50	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	320	16,000
100	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO ALO COLORES	320	32,000
3	MAGIC CLIPER 4.8 MM. CLIP METALICO 50UD. SELLO FFICE	550	1,650
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	74,400

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 198,215
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 198,215
IVA 37,661
TOTAL FACTURA 235,876

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

	<i>sol. c. 4 moq.</i>		
Solicitado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 05-03-2014 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	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	1,021	20,420
20	ARCHIVADOR PALANCA 1/2 OFICIO	621	12,420
50	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190	9,500
50	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189	9,450
30	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	424	12,720
30	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439	13,170
20	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	633	12,660
20	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336	6,720
20	DEDOS GOMA AZUL	47	940
20	DEDOS GOMA ROJO	47	940
50	DOBLE CLIP NEGRO GRANDE	761	38,050
50	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	149	7,450
50	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	950
50	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	1,100
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590	15,900
8	PAQUETE SOBRE MEDIO OFICIO 50 UNID.	1,230	9,840
8	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,690	13,520
30	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	928	27,840

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	213,590
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	213,590
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	40,582
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	254,172

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS

			
Emiteido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-03-2014 **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
150	CAJA ACCO CLIPS METALICO 50 UNID.	550	82,500
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	3,780
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	74,400
30	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	264	7,920
40	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	594	23,760
3	TONER HP LASERJET P2055DN (05 A)	37,591	112,773
3	TONER HP Q2612A (12 A)	33,857	101,571


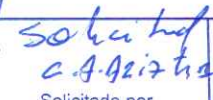
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	406,704
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	406,704
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	77,274
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	483,978

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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 05-03-2014 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	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	4,860
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455	4,550
20	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	72	1,440
5	CALENDARIO GRANDE	948	4,740
25	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	99	2,475
25	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	99	2,475
25	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	155	3,875
30	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	633	18,990
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369	3,690
10	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	279	2,790
5	DESTACADOR CELESTE	169	845
5	DESTACADOR NARANJO	169	845
5	DESTACADOR ROSADO	169	845
5	DESTACADOR VERDE	169	845
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	2,940
30	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,590	47,700
30	PEGAMENTO UNIVERSAL 125 ML. UHU	1,360	40,800
10	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234	2,340

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.-

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	147,045
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	147,045
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	27,939
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	174,984

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

 Emisor por	 Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

069709

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-03-2014 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	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284	1,420
30	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100	3,000
30	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	55	1,650
50	CARPETA DE CARTON	88	4,400
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	1,890
20	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247	4,940
5	CUCHILLO CARTONERO	149	745
30	DESTACADOR BIC AMARILLO	218	6,540
30	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,488	44,640



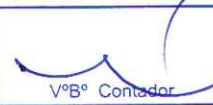
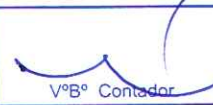
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	69,225
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	69,225
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	13,153
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,378

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO 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

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 05-03-2014 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	DESTACADOR VERDE	169	845
10	DESTACADOR AMARILLO	169	1,690
2	DEDOS GOMA ROJO	47	94
5	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336	1,680
5	CORCHETERA TORRE B7	5,031	25,155
1	CLIPS MEDIANO X KG	1,986	1,986
15	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633	9,495
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	151	1,510
50	CARPETA CARTULINA AZUL	56	2,800
4	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,977	23,908
3	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	493	1,479
5	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	2,430
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,323	7,938
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,323	2,646
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913	1,826
150	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	3,300
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	7,119	7,119
60	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	5,880
25	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	2,450
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	6,990	6,990
2	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	610	1,220
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590	39,750
1	PEGAMENTO LA GOTITA	675	675
1	PERFORADOR PARA 25 HOJAS	1,442	1,442
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228	8,456
5	REGLA METALICA X 30 CM.	409	2,045
2	SACA CORCHETE PINZAS	174	348
20	STICK FIX 40 gr. UHU	580	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	176,757
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	176,757
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	33,584
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	210,341

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

	
Emitido por	Solicitada por
V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADOR

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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014 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
15	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518	7,770
5	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	945
10	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	116	1,160
2	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350	700
2	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	55	110
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328	1,640
3	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	495	1,485
30	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284	8,520
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	10,560	10,560
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204	2,040
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204	2,040
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	37,200
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198	9,900
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	198	9,900
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	4,400
5	TIJERAS GRANDE	352	1,760
1	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSARENTE	506	506

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	100,636
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	100,636
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	19,121
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	119,757

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

	Solicitada por		VºBº presupuesto		VºBº Contador
--	----------------	--	------------------	--	---------------

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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 05-03-2014 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	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862	17,240

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421110 GASTOS EN COMPUTACION	VALOR NETO	17,240
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,240
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	3,276
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,516

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS

 Emitted por	<i>Sol. Lolas</i> <i>2. Dg. Viera</i> Solicitada por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 05-03-2014

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	SACA PUNTAS METALICO	96	2,880
20	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250	85,000
5	PEGAMENTO LA GOTITA	675	3,375
10	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	460	4,600
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43	860
5	LIBRO DE SALIDA (IMPRESIONES LORENA) 100 HJS	1,200	6,000
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	4,800
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98	4,900
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	2,940
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	2,200
5	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT AZUL	236	1,180
10	DEDOS GOMA AZUL	47	470
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336	3,360
20	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	732	14,640
20	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369	7,380
20	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	369	7,380
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	633	6,330
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	3,620
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	563	5,630
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490	4,900
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	4,800
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	187,925
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	187,925
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	35,706
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	223,631

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS VEINTITRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

Asistido por	Solicitada por	VºBº presupuesto	VºBº 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): ILOP S.A. 804702001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 05-03-2014

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	PAPEL CRAF PLIEGO	43	860
3	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	10,560	31,680
10	CUCHILLO CARTONERO	149	1,490
30	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID.	518	15,540
	LIQUID PAPER		
30	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	55	1,650

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	51,220
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0,0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,220
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	9,732
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,952

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SESENTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emitted by	 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

8206290

Teléfono:

At. Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

05-03-2014

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TIJERAS PUNTA ROMA	173	4,152
4	TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL	815	3,260
3	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	815	2,445
1	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	815	815
2	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	815	1,630
2	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	815	1,630
4	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	815	3,260
5	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	815	4,075
20	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	180	3,600
20	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	180	3,600
2	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	460	920
5	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453	2,265
10	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	449	4,490
10	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	449	4,490
10	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	449	4,490
6	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	576
6	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	576
6	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	576
12	GOMA DE BORRAR	45	540
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	265	2,650
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	265	2,650
2	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,527	3,054
5	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	1,810
2	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	1,021	2,042

LA FACTURA DEBE SER 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	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	59,596
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	59,596
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	11,323
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	70,919
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
SON : SETENTA MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS			

	Solic. Depto EX-ESU 42	V°B° presupuesto	V°B° Contador
Empledo por	Solicitada por		

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-03-2014


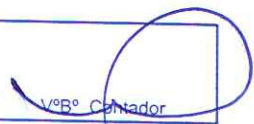
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
14	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	2,646
3	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350	1,050
2	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	55	110
4	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100	400
1	BASE TACO CALENDARIO	1,389	1,389

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	5,595
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,595
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,063
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,658
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS		

	Solic. Depto Ex. Escolar	
Emitido por	Solicitada por	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

103

069698

06-03-2014

FECHA:

PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Señor(es):

8206290

Dirección:

LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono:

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 05-03-2014

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
		615.00	30,750
50	STICK FIX 40 gr. PRITT	95.00	2,850
30	REGLA 30 CM CRISTAL	239.00	478
2	PORTA CLIPS UNID.	675.00	3,375
5	PEGAMENTO LA GOTITA	1,590.00	63,600
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	43.00	2,150
50	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	364.00	364
1	MAGIC CLIPER DISPENSADOR SELLOFFICE	459.00	2,295
5	LAPIZ FIBRA 0.4 ARTLINE 200 AZUL	47.00	470
10	DEDOS GOMA AZUL	1,516.00	7,580
5	BATERIA VARTA 9 VOLTS	365.00	3,650
10	CD SONY REGRABABLE	182.00	1,820
10	CD IMATION	70.00	1,400
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	4,980.00	4,980
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO AMARILLO REPROGRAF	1,516.00	7,580
5	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	4,398.00	4,398
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA VERDE REPROGRAF	362.00	1,810
5	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	749.00	3,745
5	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	352.00	1,760
5	CAJA BROCHES METALICOS	455.00	6,825
15	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	1,086.00	3,258
3	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE ROJO	1,086.00	3,258
3	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,086.00	3,258
3	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	70.00	140
2	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	72.00	360
5	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	44.00	1,320
30	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	6,424.00	6,424
1	FOLIADOR 6 CIFRAS 4,5 MM. (0 - 12 REPET.)	149.00	298
2	DOBLE CLIP NEGRO CHICO		

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : 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 DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

VALOR NETO	170,196
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	170,196
IVA	32,337
TOTAL FACTURA	202,533

Escrito por: *Sol. Lopez*
 Solicitada por: *Sra. Alicia*
 V°B° presupuesto
 V°B° Contador

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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014

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	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	44,640
50	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	2,150
1	MAGIC CLIPER DISPENSADOR 4 Y 6 MM. ADIX	660.00	660
2	LIBRO ASISTENCIA DE 100 HOJAS ORGAREX	1,309.00	2,618
5	CUCHILLO CARTONERO	149.00	745
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	121.00	605
2	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	242.00	484
10	BORRADOR PARA PIZARRA MAGNETICA	284.00	2,840
5	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	1,420
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	878.00	8,780
5	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA NEGRO	72.00	360


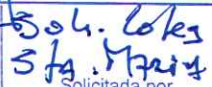
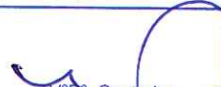
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	65,302
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	65,302
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	12,407
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	77,709

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NUEVE PESOS

		
Es solicitado por	Solicitada por	V°B° presupuesto

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

069696

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

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	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	4,310

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

~~No se acepta la factorización del pago de este documento.~~

CUENTA : 421110 GASTOS EN COMPUTACION	VALOR NETO	4,310
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,310
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	819
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,129
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCO MIL CIENTO VEINTINUEVE PESOS		

		V°B° presupuesto	V°B° Comador
--	--	------------------	--------------

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:

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 05-03-2014

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	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	749.00	8,988
10	CAJA EUROBOX Nro.1 REVISTERO 25X8X29.5X1	849.00	8,490
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	72.00	720


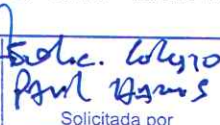
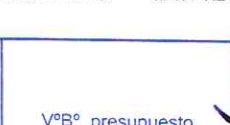
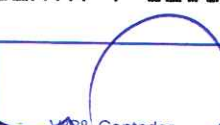
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039
~~No se acepta la factorización del pago de este documento.~~

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 18,198
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 18,198
IVA 3,458
TOTAL FACTURA 21,656

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTIUN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

 Emitted by	 Requested by	 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: 06-03-2014

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 05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 11


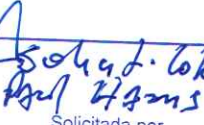
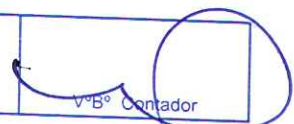

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. sírvese despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	528
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	70.00	700
1	ELASTICO X KILO	1,939.00	1,939
6	CORCHETERA TORRE B7	5,031.00	30,186
24	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	70.00	1,680
10	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	732.00	7,320
12	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	6,960
12	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	7,380
10	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	198.00	1,980
10	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	201.00	2,010
10	PINCEL GERMAN 101 N° 11	149.00	1,490
10	PINCEL GERMAN 101 N° 5	99.00	990
10	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	308.00	3,080
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	430
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	70.00	700
1	MICA CARTA 30 UND. NATURAL IBICO	1,343.00	1,343
10	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	610.00	6,100
10	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,605.00	86,050
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	70.00	700
12	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	3,528
12	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	170.00	2,040
2	CARPETA COLGANTE PUNTAS PLASTICAS (PQ. 25 UND.)	98.00	196
12	CAJAS PARA CARPETAS COLGANTES EUROBOX	1,659.00	19,908
12	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436.00	5,232
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	5,460
12	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	5,832
12	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,527.00	18,324
12	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	4,344

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	230,630
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	230,630
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	43,820
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	274,450
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA 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

10-3

069693

06-03-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

** Despachar factura en Lugar Entrega **

At.: Sr. 1
De acuerdo a su cotización N°

de Fecha 05-03-2014

servase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
10	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	430
1	MICA CARTA 50 UND. GRIS	1,367.00	1,367
12	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	3,408
12	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	4,200
6	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	55.00	330
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	121.00	1,210
10	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	495.00	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.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	17,785
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,785
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	3,379
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,164
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTIUN MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-03-2014

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 05-03-2014

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. sirvase despachar


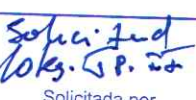
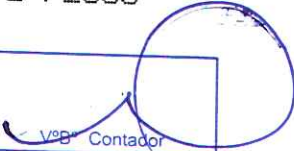
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESTACADOR AMARILLO	169.00	507
6	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	424.00	2,544
2	CUADERNO OFICIO CUADRICULADO TORRE	2,839.00	5,678
4	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	3,120.00	12,480
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,219.00	3,219

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : VEINTINUEVE MIL SESENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 24,428
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 24,428
 IVA 4,641
 TOTAL FACTURA 29,069

Entido 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 USTEDS 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**

8206290

Teléfono:

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
05-03-2014

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	1,365
20	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	28.00	560
2	CARPETA COLGANTE PUNTAS PLASTICAS (PQ. 25 UND.)	98.00	196
6	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	256.00	1,536
30	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	1,680
5	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	612.00	3,060
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	4,860
3	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040.00	6,120
6	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	980.00	5,880
8	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913.00	7,304
4	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250.00	17,000
4	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	279.00	1,116
8	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	4,920
5	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.00	1,845
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	2,940
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	633.00	3,165
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	70.00	700
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	5,016
48	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	20,064
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	70.00	2,100
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	7,119.00	14,238
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	70.00	2,100
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	70.00	700
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	860
3	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	6,990.00	20,970
2	PEGAMENTO LA GOTITA	675.00	1,350
3	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436.00	1,308
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	70.00	1,400
2	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	450.00	900
6	POST IT CHICO AMARILLO highland	148.00	888
3	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	236.00	708
6	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439.00	2,634
3	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,590.00	4,770

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	144,253
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	144,253
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	27,408
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	171,661

MONEDA : CIENTO SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS

--	--	--	--

AUTORIZADA POR

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): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-03-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-03-2014

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	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	1,100
2	BASE TACO CALENDARIO	1,389.00	2,778
5	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	2,590
24	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	55.00	1,320
8	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	363.00	2,904
4	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247.00	988
3	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,089.00	3,267
1	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	506.00	506
3	CORCHETERA TORRE B4	3,200.00	9,600
4	TIJERAS GRANDE	352.00	1,408
2	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	2,189.00	4,378
15	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	2,835
2	SEPARADOR OFICIO MENSUAL J60.	594.00	1,188
2	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	645.00	1,290
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	2,376
3	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	4,464
2	PERFORADOR MEDIANO cangaro	1,690.00	3,380
2	INDICE ARCHIVADOR OFICIO	646.00	1,292
15	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	4,260
4	CUCHILLO CARTONERO	149.00	596

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	52,520
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	52,520
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	9,979
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,499
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

069689

10-3

06-03-2014

FECHA:

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 05-03-2014

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	TALONARIO VALES POR	288.00	576
3	PORTATACO CALENDARIO GRANDE SEMICUERO NEGRO	3,739.00	11,217
6	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	3,480
6	SACA PUNTAS METALICO	96.00	576
2	REVISTERO OFICIO SIMPLE REJILLA NEGRA	2,124.00	4,248
6	REGLA 30 CM CRISTAL	95.00	570
5	PUSH PINS X 100 UND.	369.00	1,845
6	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	1,560

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	24,072
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,072
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	4,574
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,646

MON : VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

Emisor	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: 06-03-2014

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 05-03-2014

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	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436.00	2,616
5	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	493.00	2,465
5	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	563.00	2,815
10	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	1,094.00	10,940
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	70.00	350
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	70.00	350
5	DESTACADOR ROSADO	169.00	845
4	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228.00	16,912
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	70.00	350
10	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	440
20	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,086.00	21,720
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19.00	1,900
5	DESTACADOR NARANJO	169.00	845
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	70.00	350
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	70.00	350
1	ESPIRAL 14 MM. NEGRO 100 HJS. (50 U.)	1,538.00	1,538
10	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	720
5	DESTACADOR CELESTE	169.00	845
5	DESTACADOR VERDE	169.00	845
20	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,086.00	21,720
80	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	4,480
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	70.00	350
10	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	149.00	1,490
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	70.00	350
5	DESTACADOR AMARILLO	169.00	845
5	CUADERNO OFICIO CUADRICULADO TORRE	2,839.00	14,195
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	754.00	7,540
10	DOBLE CLIP NEGRO GRANDE	761.00	7,610
5	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T. AZUL PEGAFIX	492.00	2,460
10	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,590.00	15,900
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	913.00	9,130
5	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	70.00	350
6	TIJERAS PUNTA ROMA	173.00	1,038
5	PORTA CLIPS UNID.	239.00	1,195

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	155,849
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,849
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	29,611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	185,460

MON : CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-03-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-03-2014

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
5	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	945
10	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 NEGRO	553.00	5,530
20	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,488.00	29,760
10	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	553.00	5,530
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	1,980
10	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	55.00	550
6	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	3,108
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198.00	1,980
4	PILAS AAA x 4	1,551.00	6,204
5	BASE TACO CALENDARIO	1,389.00	6,945
10	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	430
4	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	506.00	2,024
5	TIJERAS GRANDE	352.00	1,760
6	REGLA 20 CM. TRANSPARENTE	90.00	540
6	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	1,320

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	68,606
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	68,606
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	13,035
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,641

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitada por <i>CDI</i>	VºBº presupuesto	VºBº Contador
-----------------------------------	------------------------------	------------------	---------------

[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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

FECHA: **06-03-2014**

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: **8206290**

At.: Sr.: **CAROLINA FUENZALIDA**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha **05-03-2014**

De acuerdo a su cotización N° 11


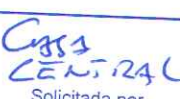

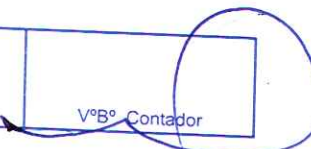
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. **sírvase despachar**

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	REGLA 30 CM CRISTAL	95.00	475
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO		
48	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	1,590.00	23,850
10	DESTACADOR AMARILLO	913.00	43,824
12	POST IT CHICO AMARILLO higland	169.00	1,690
10	STICK FIX 40 gr. UHU	148.00	1,776
10	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	580.00	5,800
5	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	155.00	1,550
5	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	532.00	2,660
5	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	99.00	495
		99.00	495

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONDO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.
 CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 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
 MONTO : NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS

VALOR NETO 82,615
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 82,615
 IVA 15,697
 TOTAL FACTURA 98,312

Emitido por  **CASA CENTRAL**
 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 1

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-03-2014
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
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	2,200
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	44,640
3	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	2,189.00	6,567
3	CORCHETERA ALO	1,100.00	3,300
10	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100.00	1,000
5	PORTA MINAS 0.7	264.00	1,320
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328.00	1,640
30	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110.00	3,300
5	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	264.00	1,320

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: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	65,287
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	65,287
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	12,405
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	77,692
CONDICION : SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS		

Emitted por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

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
6	TORTA PARA 20 PERSONAS	18,487.39	110,924
9	TORTA PARA 40 PERSONAS	28,571.43	257,143
10	TORTA PARA 60 PERSONAS	36,134.45	361,345



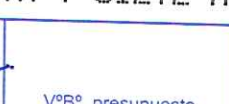

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 729,412
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 729,412
IVA 138,588
TOTAL FACTURA 868,000

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

Emitted by:  **Dirección Educación**
Solicitada por: 
V°B° presupuesto: 
V°B° Contador: 


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

FECHA: 04-03-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha

servase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA 40 PERSONAS	28,571.43	28,571

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 : 425119 GASTOS MENORES
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : TREINTA Y CUATRO MIL PESOS

VALOR NETO 28,571
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 28,571
 IVA 5,429
 TOTAL FACTURA 34,000

			
Entido por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

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): 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 **de Fecha** **servase despachar**
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


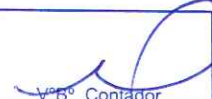
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	BLOCK DE 100 HOJAS MAMOGRAFIA	9,800.00	58,800
2,000	HOJAS CARTA CON LOGO	95.00	190,000
2,000	SOBRES 20 X 28 CMS	417.00	834,000
500	SOBRES 25 X 30 CMS	1,176.00	588,000
500	SOBRES 38 X 46 CMS	1,556.00	778,000
60	BLOCK 100 HOJAS FONASA NIVEL 1	7,840.00	470,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	2,919,200
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,919,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	554,648
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,473,848

CON : TRES MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y - OCHO PESOS

 Emido por	<i>René Gilc</i> 54 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

Señor(es): MARCELO IGNACIO ORREGO PEREZ 128828389

Dirección: ALEXANDER FLEMING 7315

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	SERVICIO DE DESAYUNO PARA 10 PERSONAS - INCLUYE TE O CAFE, JUGO Y TORTA	4,000.00	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.-

AGENCIA : 425123 GASTOS EN COLACIONES
 DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS

VALOR NETO 40,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 40,000
 IVA 7,600
 TOTAL FACTURA 47,600

	<i>Memo 112/2014 Educación</i>		
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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-03-2014

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

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar


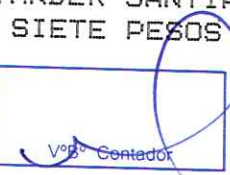
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TONER BROTHER TN-210 YELLOW	28,241.00	28,241

LA FACTURA DEBE SER 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	28,241
DESTINO	: CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,241
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	5,366
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,607
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS			

	
Emitido 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

FECHA: 04-03-2014

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


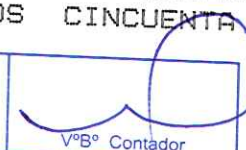
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TONER HP Q2610A (10A) NEGRO	80,467.00	80,467

LA FACTURA DEBE 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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMIN	VALOR NETO	80,467
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	80,467
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	15,289
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	95,756
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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.



ORDEN DE COMPRA Env. 5.03.14

069672

FECHA: 04-03-2014

Señor(es): ELECTRONICA Y COMERCIAL SISTEMA LTDA. 782889109

Dirección: PUDETO 6908

Teléfono: 2837033

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
50	ROLLO TERMICO	1,890.00	94,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FON: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	94,500
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	94,500
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	17,955
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	112,455

MONEDA: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO: CIENTO DOCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA 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.

Señor(es): EASY SA. 966717505

Dirección: AV. FRANCISCO BILBAO 8750

Teléfono: 3362305

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha



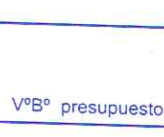
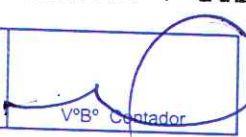
sírvase despachar

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	EQUIPO MULTIPROPOSITO 125W 10ACC S300 DREMEL	27,090.00	27,090

LA FACTURA DEBE SER 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 421106 →: 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD VALOR NETO 27,090
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO DESCUENTO 0.0 0
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA SUB-TOTAL 27,090
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611 IVA 5,147
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO TOTAL FACTURA 32,237
 MONTO : TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): IMPORTADORA RICARDO ELISEO SIVILOTTI DENIMED E. I. R. L. 765887100
 FECHA: 04-03-2014

Dirección: PASEO BULNES 80 OF 66-67

Teléfono: 2688 2599

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha

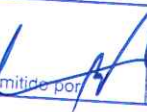
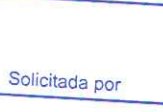
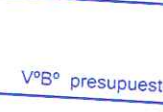

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.
 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
720	DISCOS DE LIJA 2.2 CM DIAMETRO PARA PODOLOGIA	150.00	108,000

LA FACTURA DEBE SER 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.-
 NTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 TINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 ZO ENTREGA : INMEDIATA
 AR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 : CIENTO VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS

VALOR NETO 108,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 108,000
 IVA 20,520
 TOTAL FACTURA 128,520

Emitido por: 
 Solicitada por: 
 V°B° presupuesto: 
 V°B° Gestador: 


 AUTORIZADA POR

RESERVACIONES:
 ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 AUTORIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.