

29-4 ✓

FECHA: 29-04-2014

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° de Fecha sírvase despachar
y/o ejecutar, 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	ALCOHOL 70 GRADOS FRASCO x 1 LITRO CJ/12	1,480.0	17,760
200	JERINGA DESECHABLE 10 CC. C/AGUJA 21G CJ/100	49.0	9,800
200	MARIPOSA O SCALP VEIN 23G x 3/4 CJ/100	45.0	9,000
2,000	PARCHE CURITAS CJ/100	7.0	14,000

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
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 50,560
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 50,560
IVA 9,606
TOTAL FACTURA 60,166

SON : SESENTA MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS

Entido 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 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	CEFTAZIDIMA/AC. CLAV. (CTA) 30/10 mcg. FRASCO	6,752.0	6,752
1	CEFOTAXIMA (CTX) 30 mcg. FRASCO 200 sd	6,752.0	6,752
1	FURAZOLIDONA (FZ) 100 mcg. FRASCO 200 sd	6,752.0	6,752
1	CEFOTAXIMA/AC. CLAV. (CTI) 30/10 mcg. FRASCO 5	6,752.0	6,752
1	AGAR TELURITO DE K 10 Un. 5 CMS. KIT	4,198.0	4,198
2	COMBI-PL AGAR DERMAT/SABOUR CAF 10 Un. 9 CMS. KIT	10,494.0	20,988

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
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 52,194
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 52,194
IVA 9,917
TOTAL FACTURA 62,111

SON : SESENTA Y DOS MIL CIENTO ONCE PESOS

	Nero 008		
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): 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.

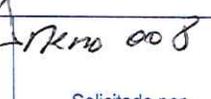
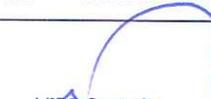
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	ADAPTADOR LUER (COLOR AZUL) TC-450070-6M CAJA x 100	90.0	9,000
500	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA 9ml. CON ACTIVADOR DE LA COAGULACION. TAMANO: 16 x 100mm. TC-45 5092, RAACK x 50	65.0	32,500

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	41,500
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	41,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,885
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,385

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

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PRESERV 21, FRASCO x 10 ML.	3,600.0	36,000

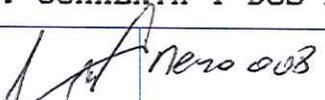
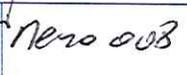
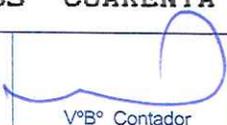
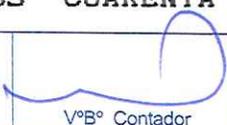
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

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

 Emitido por	 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): 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 21G x 1,5 (COLOR VERDE) CJ/100	45.0	135,000
2,000	TUBO PET, TAPA PULL CAP LILA 3ml. EDTAK3 RACKx 50	55.0	110,000
200	TUBO PET, TAPA PULL CAP CELESTE 3ml. CITRATO D E SODIO 3,2% RACK x 50	61.0	12,200
500	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA ANILLO AMARILLO 4 ml. CON ACTIVADOR DE LA COAGULACION Y GEL SEPARADOR, RACK x 50	75.0	37,500
1,000	TUBO PET, TAPA PULL CAP GRIS 4ml. FLUORURO DE SODIO/EDTA-K3, RACK x 50	60.0	60,000
100	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA 4ml. CON ACTIVADOR DE LA COAGULACION, RACK x 50	55.0	5,500
1,000	TUBO PET, TAPA PULL CAP VERDE 4ml. HEPARINA DE LITIO Y GEL SEPARADOR, RACK x 50	77.0	231,000

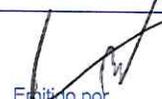
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 591,200
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 591,200
IVA 112,328
TOTAL FACTURA 703,528

SON : SETECIENTOS TRES MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS

 Entido por	<i>Nero oob</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.

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

Dirección: **LOS MILITARES 4847**

4261835

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.

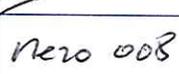
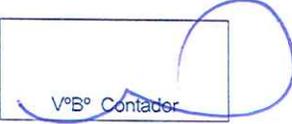
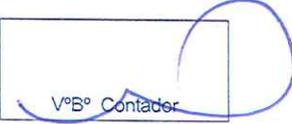
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CHROMAGAR ORIENTACION 1 x 5000 ml.	68,000.0	68,000
1	IVATECT ROTA STRIP ROTA VIRUS x 20 det.	28,000.0	28,000
1	PLACAS PETRI PLASTICAS 90 x 15mm. CAJA x 500 U N.	39,900.0	39,900

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. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	135,900
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	135,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	25,821
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	161,721

SON : CIENTO SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTIUN 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.

29-4

FECHA: 28-04-2014

Señor(es): PROMEDAR LTDA 796530200

Dirección: ANTONIO BELLET 310

Teléfono: 2351032

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SANGRE OCULTA CASSETTE 25 TEST (GOB)	29,250.0	58,500

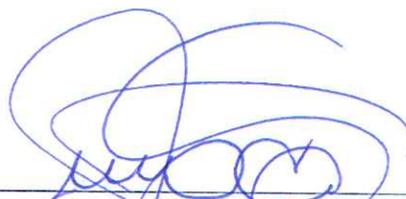
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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
 SON : SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS

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

 Emitido por	Neto 008 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: 28-04-2014

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.

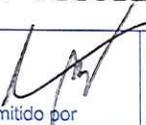
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
13	GLUCOSA BEBIBLE P/TTGO, FCO. 296ml. NARANJA, C AJA x 24 FCOS.	15,840.0	205,920

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	205,920
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	205,920
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	39,125
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	245,045

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	nero 008 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: 28-04-2014

Señor(es): MUEBLES SUR LTDA. 824091005

Dirección: ORREGO LUCO 150

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	SOFA CHEESE 3 CUERPOS NEGRO	394,874.0	394,874
1	FLETE	4,958.0	4,958

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 : 122101 MUEBLES, UTILES Y ENS.DE OFICINA	VALOR NETO	399,832
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	399,832
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	75,968
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	475,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS

	122101209		
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): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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 sírvese despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	LIGADURA VACUTAINER FAB./ALEMANA UN.	8,245.0	32,980

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	32,980
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	32,980
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,266
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,246

SON : TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

 Emisor por	<i>Neno 008</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.

29-4

28-04-2014

FECHA:

Señor(es): LABORATORIO LINSAN S. A. 805283009

Dirección: PEDRO DE VALDIVIA 3078

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.

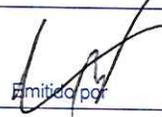
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MEDIO TSI BOLSA x 30 TUBOS 12 x 120	9,900.0	9,900
1	MEDIO LIA BOLSA x 30 TUBOS 12 x 120	9,900.0	9,900
2	MEDIO MIO BOLSA x 30 TUBOS 12 x 120	9,900.0	19,800
1	MEDIO CITRATO SIMMONS BOLSA x 30 TUBOS 12x120	9,900.0	9,900
1	MEDIO UREA CHRISTENSEN BOLSA x 30 TUBOS 12x120	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	59,400
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	59,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,286
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	70,686

SON : SETENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

 Emite por	Neno 008 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	-------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): MLYNARZ Y COMPANIA LTDA 762877090

Dirección: CALIFORNIA 2020 D53

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.

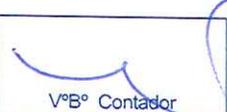
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIBRO PREPARACION PSU	21,000.00	21,000

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 : 424221 GASTOS FONDO SEP
 DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

VALOR NETO 21,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 21,000
 IVA 3,990
 TOTAL FACTURA 24,990

 Emitido por	<i>Nero 108</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.

20-4

FECHA: 28-04-2014

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.

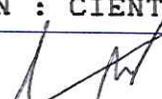
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TORULA C/MEDIO CARY BLAIR x 50 UN.	12,000.0	24,000
1	CULTI LOOP STAPHYLOCOCCUS AUREUS SUBSP, AREUS ATCC«25923 (x 5 LOOPS)	109,000.0	109,000

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	133,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	133,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	25,270
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	158,270

SON : CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	neto 008 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 ACEPTARÁN 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 NEOPLASTINE CI PLUS 5, 6 x 5ml.	45,198.0	45,198
1	STA COAG CONTROL N+P 12 x 2 x 1ml.	156,420.0	156,420
1	STA DESORB U 24 x 15ml.	93,850.0	93,850
3	MAY GRUENWALD EN SOLN. P/MICROSC. MERCK 1L	16,571.0	49,713

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

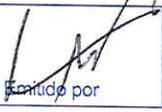
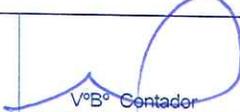
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

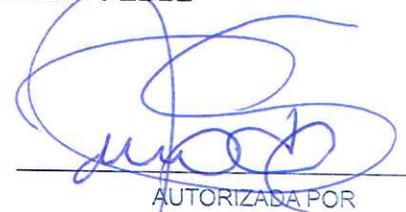
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 345,181
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 345,181
IVA 65,584
TOTAL FACTURA 410,765

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	RE no 008 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: 28-04-2014

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

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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 sívase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CILINDRO DE GAS DE 15 KG CLASICO	17,075.63	51,227
1	CILINDRO DE GAS DE 11 KG CLASICO	12,806.72	12,807

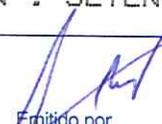
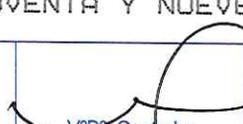
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

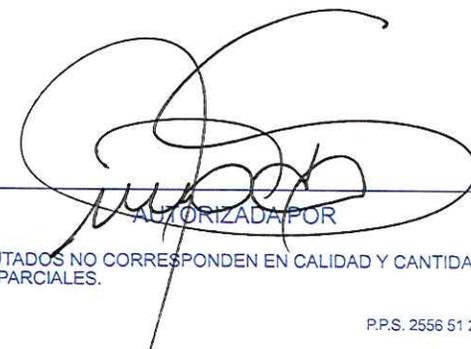
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 64,034
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 64,034
IVA 12,166
TOTAL FACTURA 76,200

SON : SETENTA Y SEIS MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	11 de 04 2013 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: 28-04-2014

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°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AMPOLLETA P/LAMPARA DE FOTOCURADO 12 VOLTS, 75 WATTS, MARCA OSRAM	14,118.0	28,236
15	VASOS PLASTICOS DESECHABLES BOLSA x 100 UN.	1,345.0	20,175

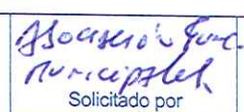
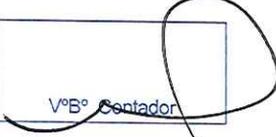
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : DIRECCION DE SALUD
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 48,411
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 48,411
 IVA 9,198
 TOTAL FACTURA 57,609

SON : CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS 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.

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
6	ASA CALIBRADA, METALICA, 1 UL SIN MANGO	1,400.0	8,400
3	TORULA ASTA MADERA-PUNTA ALGODON ESTERIL x 100 UN.	4,900.0	14,700
1	CONTENEDOR DEPOSICION (PS) 15 ML., T/PRE, C/CU CH x 200 UN.	12,500.0	12,500
1	REACTIVO DE BURROWS (FIJADOR PAF) x 1 L.	12,900.0	12,900
20	CAPILARES HEMATOCRITO SIN HEPARINA 75 MM. x 10 Ø UN.	1,400.0	28,000
30	CUBREOBJETOS 22 x 22 MM. x 100 UN.	1,700.0	51,000
1	SURGICUTT ADULTO (TIEMPO DE SANGRIA) 5,0 x 1,0 MM. x 50 UN.	99,800.0	99,800
15	TUBO VHS-ESR MONOSED A 1,28 ML. (NA-CIT) x 100 UN.	21,500.0	322,500
1	PLASMA CONTROL NIVEL 1, COAGULACION 10 x 1 ML.	41,800.0	41,800
1	PLASMA CONTROL NIVEL 2 10 x 1 ML.	41,800.0	41,800
1	HEXAGON TROPONIN (20 TESTS)	129,800.0	129,800

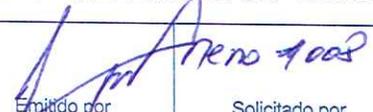
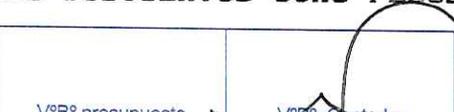
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

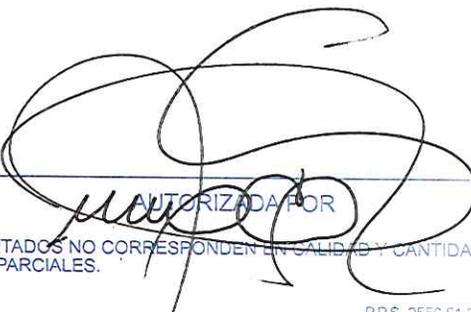
VALOR NETO 763,200
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 763,200
IVA 145,008
TOTAL FACTURA 908,208

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : NOVECIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:


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): BIOMERIEUX CHILE S.A. 966599200

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF.603

Teléfono: 6342093

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

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

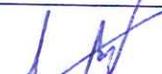
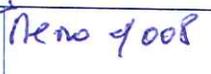
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	(35116) CHOCOLATE POLYVITEX VCAT3 AGAR	5,991.0	11,982
15	(35094) COLUMBIA SHEEP BLOOD 10 PLT	5,991.0	89,865
1	(55542) COLOR GRAM 2 KIT 4 x 240 ML.	70,746.0	70,746
1	(72013) ARTHRI-SLIDEX 100 TESTS	62,010.0	62,010

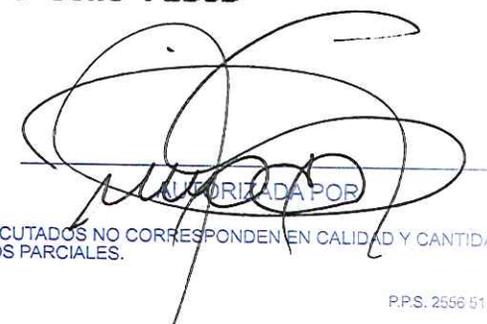
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	234,603
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	234,603
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	44,575
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	279,178

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA 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): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CONTENEDOR ORINA TAPA ROSCA ESTERIL 100 ML., C AJA x 500 UN.	32,500.0	130,000

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
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 130,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 130,000
IVA 24,700
TOTAL FACTURA 154,700

SON : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS

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

070523

FECHA: 28-04-2014

Señor(es): INES VARGAS MARAMBIO 099669683

Dirección: MATIAS COUSINO 150 OFICINA 327

Teléfono: 6385927

At.: Sr.: INES

**** 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.

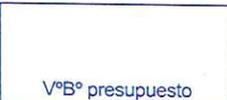
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
41	DELANTAL DAMA TREVIRA AZUL MARINO CON CUELLO, BORDADO PERSONALIZADO	19,900.00	815,900
25	COTONA VARON POPLIN BLANCO BOTON TAPADO BORDADO PERSONALIZADO	19,900.00	497,500

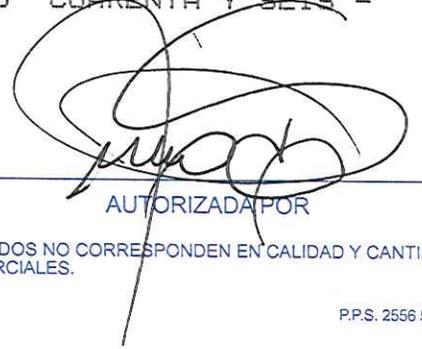
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,313,400
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,313,400
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	249,546
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,562,946

SON : UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS - PESOS

 Emtido 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.

070522

FECHA: 28-04-2014

Señor(es): INES VARGAS MARAMBIO 099669683

Dirección: MATIAS COUSINO 150 OFICINA 327

Teléfono: 6385927

At.: Sr.: INES

**** 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
58	DELANTAL DAMA TREVIRA AZUL MARINO CON CUELLO, BORDADO PERSONALIZADO	19,900.00	1,154,200
26	COTONA VARON POPLIN BLANCO BOTON TAPADO BORDADO PERSONALIZADO	19,900.00	517,400

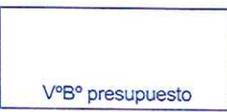
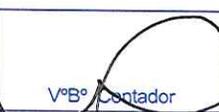
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,671,600
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,671,600
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	317,604
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,989,204

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

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

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

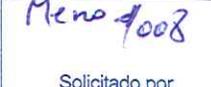
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	URISYS 2400 CASSETTE 400 STRIP	114,931.0	689,586
1	ISE INT. STANDARD GEN.2 COBAS	81,756.0	81,756
1	SOL. ELECTRODO REFERENCIA H-911 5 x 300 ML.	89,595.0	89,595
1	HCG+BETA II ELECSYS, COBAS e x 100	174,909.0	174,909
8	ELECSYS TSH 200 TEST	263,963.0	2,111,704
1	ELECSYS FSH 100 TEST	176,190.0	176,190
5	ELECSYS PSA GEN. 2.1	274,533.0	1,372,665
2	ELECSYS PRE CLEAN M COBAS e	145,830.0	291,660
2	ELECSYS CLEAN-CELL M 2 x 2 L.	85,806.0	171,612
2	ELECSYS PROCELL M 2 x 2 L.	85,806.0	171,612
1	KOMBI RACK MOD/e601	257,740.0	257,740
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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	6,088,073
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	6,088,073
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,156,734
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,244,807

SON : SIETE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SIETE PESOS

 Emitido por	Meno 4008  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 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.: ** 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	CFAS LIPID F 3 x 1 ML.	135,434.0	135,434
1	NAOH DETERGENTE 2 x 1,8 L.	117,710.0	117,710
20	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS TERMICAS x 2000	10,190.0	203,800
4	ACIDO URICO GEN. 2 COBAS INTEGRA	33,560.0	134,240
2	ALBUMINA GCG GEN. 2 COBAS C 300 TESTS	23,536.0	47,072
4	BIL-D GEN. 2, 350 TESTS COBAS C, INTEGRA	32,104.0	128,416
8	BIL-T DPD GEN.2 , 250 TESTS, COBAS C	35,000.0	280,000
1	CALCIO COBAS INTEGRA 300 TESTS	27,480.0	27,480
12	COBAS C INTEGRA HDL-C GEN.3, 200 TESTS	111,368.0	1,336,416
7	COLESTEROL TOTAL COBAS C	22,104.0	154,728
5	CREATININA JAFFE GEN.2 COBAS C, 700 TESTS	24,032.0	120,160
5	FOSFATASA ALCALINA IFCC GEN.2 COBAS INTEGRA	31,592.0	157,960
1	FOSFORO GEN.2 COBAS INTEGRA 250 TESTS	19,584.0	19,584
6	GGT2 GEN.2 COBAS INTEGRA 400 TESTS	36,600.0	219,600
3	GLUCOSA HK COBAS C, 800 TESTS	71,416.0	214,248
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
10	TRIGLICERIDOS COBAS INTEGRA 250 TESTS	69,528.0	695,280
5	COBAS C INTEGRA UREAL 500 TESTS	46,160.0	230,800
10	ALB-T TQ GEN.2 , 100 TESTS, COBAS C, INTEGRA	96,280.0	962,800
1	PROTEINA C REACTIVA, CRP GEN 3, 250 TESTS COBAS C	131,333.0	131,333
2	NACL 9% CASSETTE	23,877.0	47,754
3	NAOH-D CLEAN COBAS INTEGRA	8,622.0	25,866
7	TINA QUANT HbA1c GEN.3, 150 TESTS, COBAS	244,344.0	1,710,408
2	HbA1c TQ HEMOLIZANTE RGT COBAS C	49,728.0	99,456
1	CFAS HbA1c, 3 x 2 ML.	173,280.0	173,280

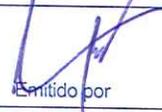
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

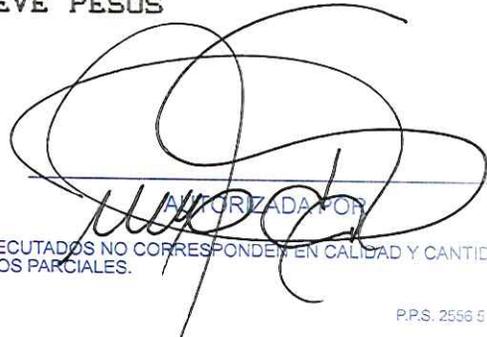
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	7,580,865
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	7,580,865
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,440,364
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,021,229

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NUEVE MILLONES VEINTIUN MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS

	Remo 008		
Emtido 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: 24-04-2014

Señor(es): MODULOS S. A. 773222703

Dirección: FRESIA 9263

Teléfono:

At.: Sr.: alisonmodulos.cl

**** 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	CASSETAS MODULARES 1717 FTK DE 2.89 M2. (170 DE FRENTE x 170 DE FONDO x 240 DE ALTO)	1,396,779.0	4,190,337

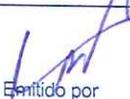
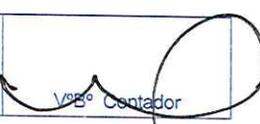
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 4,190,337
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 4,190,337
IVA 796,164
TOTAL FACTURA 4,986,501

SON : CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS UN PESOS

 Emitted by	AC 201227 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.

070517

FECHA: 24-04-2014

Señor(es): DANIEL AMENABAR GROVE 174030189

Dirección: AV. VITACURA 5480, LOCAL 24

Teléfono:

At.: Sr.: CONSTANZA MUNOZ M.
 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	ARREGLO FLORAL - INCLUYE PEDESTAL	80,000.00	80,000

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 FONONO: 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

VALOR NETO 80,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 80,000
 IVA 15,200
 TOTAL FACTURA 95,200

SON : NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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: 24-04-2014

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.

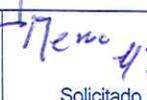
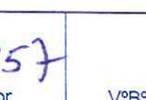
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TORTA MANJAR NUEZ PARA 40 PERSONAS	28,571.43	57,143

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	57,143
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	57,143
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	10,857
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,000

SON : SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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.

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

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

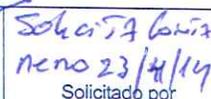
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	COMPROBANTES DE RECAUDACION EN FORMULARIO CONTINUO, CAJA x 1000 UN.	42,000.0	840,000

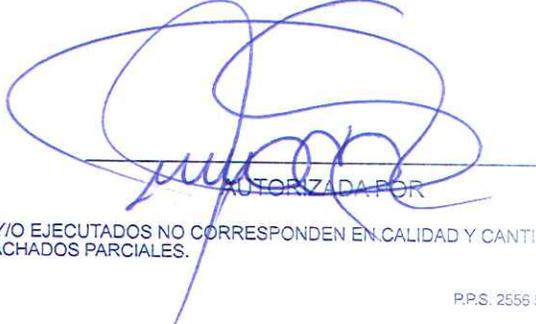
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	840,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	840,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	159,600
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	999,600

SON : NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS 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: 23-04-2014

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.

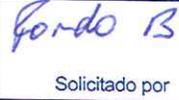
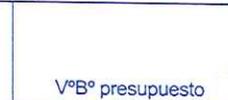
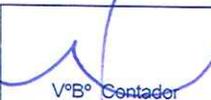
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	MONITOR LG LED 18.5" WIDE 19EN33SS	45,347.00	181,388
1	PIZARRA INTERACTIVA SMART BOARD 480	744,800.00	744,800

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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	926,188
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	926,188
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	175,976
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,102,164

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON CIENTO DOS 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): **BERTA MUNOZ KARO 104303560**

Dirección: **COMANDANTE CHACON 5720**

At.: Sr.: **MABEL SAZO**

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.

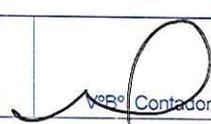
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
39	LOCKERS METALICOS 5 CUERPOS DOBLES 10 PUERTAS CORTAS	125,411.0	4,891,029

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.-

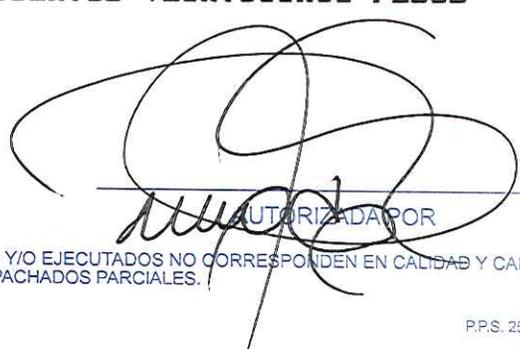
CUENTA : 123102 MAQUINAS Y EQUIPOS DE USO ESCOLA	VALOR NETO	4,891,029
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,891,029
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	929,296
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,820,325

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CINCO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	<i>Plan Inven</i> <i>Fds A</i> 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: 23-04-2014

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
20	COMPUTADOR HP PRO 3500 MT G640/4GB/500GB/DVD-W/ FREEDOS	210,000.00	4,200,000

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
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 4,200,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 4,200,000
IVA 798,000
TOTAL FACTURA 4,998,000

SON : CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS

	
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 23-04-2014

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
7	PROYECTORES	199,734.00	1,398,138
1	TELEVISOR LED 45 PULGADAS	319,319.00	319,319
20	VENTILADOR BASE PARA NOTEBOOK	6,527.00	130,540

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.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	1,847,997
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,847,997
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	351,119
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,199,116

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO DIECISEIS 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.

FECHA: 23-04-2014

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.

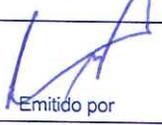
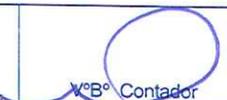
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LENOVO AIO C240 CELERON 807 2GB 500GB 18.5" WINDOWS 8 NEGRO	235,682.00	235,682
1	NOTEBOOK HP DV4-526LA INTEL CORE i5-3210M 6GB 750GB 14" NVIDIA GT650M 2GB WINDOWS 8	310,202.00	310,202
1	PCF OEM POS LECTOR CODIGO DE BARRAS USB LS-240	65,350.00	65,350
14	PROYECTOR VIEWSONIC PJD5132 300L SVGA RS232 RGB	196,587.00	2,752,218

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
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUATRO MILLONES DOS MIL QUINIENTOS OCHO PESOS

VALOR NETO 3,363,452
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 3,363,452
IVA 639,056
TOTAL FACTURA 4,002,508

 Emitido por	Fondo B 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.

070509

FECHA: 23-04-2014

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 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
5	NOTEBOOK G405 APU E-1-2100 2GB 500 GB 14" WIND OWS 8 LENOVO	198,518.00	992,590

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 : 424267 FAGEM B
 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

VALOR NETO 992,590
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 992,590
 IVA 188,592
 TOTAL FACTURA 1,181,182

SON : UN MILLON CIENTO OCHENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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
1	GEAR XS-62i INTEL CORE i3-3220 / 4GB / 1TB / D VDRW	289,000.00	289,000
14	PARLANTE MULTIMEDIA 2.0 SP-HF360A	13,800.00	193,200

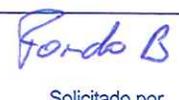
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	482,200
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	482,200
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	91,618
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	573,818

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO 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.:

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	SOPORTE PARA LED 32	8,900.00	53,400
1	SOPORTE PARA LED 40	10,900.00	10,900
6	TELEVISOR LED 32 PULGADAS	159,000.00	954,000

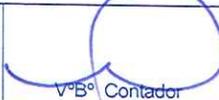
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

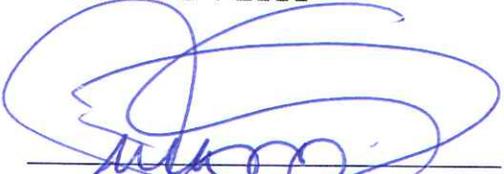
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,018,300
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,018,300
 IVA 193,477
 TOTAL FACTURA 1,211,777

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON DOSCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE 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: 23-04-2014

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
45	MEMORIA RAM DIMM DDR333/266/200 MHZ 2GB PC	20,900.00	940,500

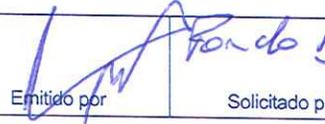
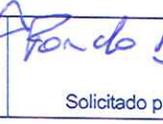
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 940,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 940,500
 IVA 178,695
 TOTAL FACTURA 1,119,195

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON CIENTO DIECINUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y CINCO 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: 23-04-2014

Señor(es): MEGADAT COMPUTACION LTDA. 76096400K

Dirección: LUIS THAYER OJEDA 183 OF. 414

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.

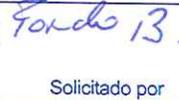
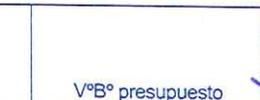
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
45	RAM 2GB	25,692.00	1,156,140

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 : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	1,156,140
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,156,140
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	219,667
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,375,807

SON : UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SIETE 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.

070504

FECHA: 23-04-2014

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIAL TEKMA LIMITADA 777762400

Dirección: PEREZ VALENZUELA 1098 OF 1

Teléfono: 2264 1652

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	MASTER DUPLICADOR LDD 025	34,200.00	205,200
6	TINTA LDD 025	9,120.00	54,720

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	259,920
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 259,920
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA 49,385
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 309,305

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCO 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: 23-04-2014

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

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

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

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PROGESTERONA MICRONIZADA 100 MG. x 30 COMP.	6,500.0	65,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	65,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	65,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,350
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	77,350

SON : SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA 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.

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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

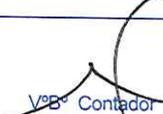
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
720	JUGOS	133.62	96,206
36	BARRA DE CEREAL	1,336.13	48,101

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 : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	144,307
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	144,307
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	27,418
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	171,725

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS

	RECIBO 1305		
Entregado 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.

070501

FECHA: 23-04-2014

Señor(es): GASCO GLP S.A. 965687408

Dirección: SANTO DOMINGO 1061

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.

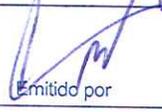
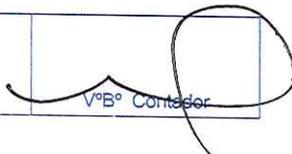
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,001	CARGA DE ESTANQUE GAS GRANEL	542.5	1,085,623

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 : 423104 GAS	VALOR NETO	1,085,623
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,085,623
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	206,268
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,291,891

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA PESOS

 Emitido por	№ 70 9249 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: 23-04-2014

Señor(es): MARGOT GROB NANNIG 052992583

Dirección: FEDERICO REICH 167

Teléfono: 0

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	COPA FUTSAL CATEGORIA SUB 12 Y 16 CODIGO 3064A + GRABADO LAS CONDES 2014	14,957.98	29,916
2	COPA FUTSAL CATEGORIA SUB 12 Y 16 CODIGO 3064A + GRABADO	13,697.48	27,395
2	COPA FUTSAL CATEGORIA SUB 12 Y 16 CODIGO 3064B + GRABADO LAS CONDES 2014	12,268.91	24,538
26	MEDALLA ORO + LOGO GRABADO	1,008.40	26,218
26	MEDALLA PLATA + LOGO GRABADO	1,008.40	26,218
26	MEDALLA BRONCE + LOGO GRABADO	1,008.40	26,218

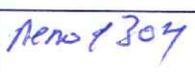
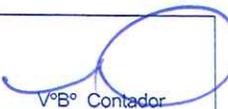
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	160,504
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 160,504
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 30,496
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 191,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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.

Señor(es): MARGOT GROB NANNIG 052992583

Dirección: FEDERICO REICH 167

Teléfono: 0

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	COPA FUTBOL SUB 14-16 CODIGO 4018A + GRABADO L AS CONDES 2014	17,647.06	35,294
2	COPA FUTBOL SUB 14-16 CODIGO 4018A + GRABADO L AS CONDES 2014	15,630.25	31,261
2	COPA FUTBOL SUB 14-16 CODIGO 4018B + GRABADO L AS CONDES 2014	14,201.68	28,403
34	MEDALLA ORO + LOGO GRABADO	1,008.40	34,286
34	MEDALLA PLATA + LOGO GRABADO	1,008.40	34,286
34	MEDALLA BRONCE + LOGO GRABADO	1,008.40	34,286

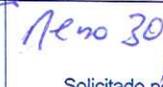
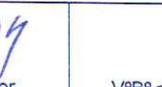
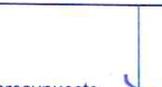
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424123	EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	197,815
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	197,815
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	37,585
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	235,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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): MARGOT GROB NANNIG 052992583

Dirección: FEDERICO REICH 167

Teléfono: 0

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

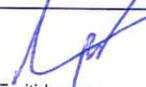
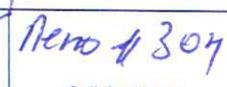
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	COPA BASQUETBALL SUB 16 CODIGO 3064A + GRABADO LAS CONDES 2014	14,957.98	14,958
1	COPA BASQUETBALL SUB 16 CODIGO 3064A + GRABADO LAS CONDES 2014	13,697.48	13,697
1	COPA BASQUETBALL SUB 16 CODIGO 3064B + GRABADO LAS CONDES 2014	12,268.91	12,269
13	MEDALLA ORD + LOGO GRABADO	1,008.40	13,109
13	MEDALLA PLATA + LOGO GRABADO	1,008.40	13,109
13	MEDALLA BRONCE + LOGO GRABADO	1,008.40	13,109

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	: 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	80,252
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 80,252
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 15,248
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 95,500
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	

SON : NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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): MARGOT GROB NANNIG 052992583

Dirección: FEDERICO REICH 167

Teléfono: 0

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
2	COPA TENIS DE MESA SUB 14-16-18 CODIGO 2052A + GRABADO LAS CONDES 2014	12,521.01	25,042
2	COPA TENIS DE MESA SUB 14-16-18 CODIGO 2052A + GRABADO LAS CONDES 2014	11,260.50	22,521
2	COPA TENIS DE MESA SUB 14-16-18 CODIGO 2052B + GRABADO LAS CONDES 2014	9,747.90	19,496
6	MEDALLA ORO + LOGO GRABADO	1,008.40	6,050
6	MEDALLA PLATA + LOGO GRABADO	1,008.40	6,050
6	MEDALLA BRONCE + LOGO GRABADO	1,008.40	6,050

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 : 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBI	VALOR NETO	85,210
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	85,210
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	16,190
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,400

SON : CIENTO UN MIL CUATROCIENTOS PESOS

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

AUTORIZABA 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): MARGOT GROB NANNIG 052992583

Dirección: FEDERICO REICH 167

Teléfono: 0

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	COPA AJEDREZ SUB 14-16-18 CODIGO 231A + GRABADO LAS CONDES 2014	11,344.54	22,689
2	COPA AJEDREZ SUB 14-16-18 CODIGO 231A + GRABADO LAS CONDES 2014	10,084.03	20,168
2	COPA AJEDREZ SUB 14-16-18 CODIGO 231B + GRABADO LAS CONDES 2014	8,907.56	17,815
24	MEDALLA ORO + LOGO GRABADO	1,008.40	24,202
24	MEDALLA PLATA + LOGO GRABADO	1,008.40	24,202
24	MEDALLA BRONCE + LOGO GRABADO	1,008.40	24,202

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 : 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	133,277
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 133,277
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 25,323
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 158,600

SON : CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS

 Emitido por	<i>Piero 304</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.

Señor(es): VICTOR MONTOYA GERTNER 115017950

Dirección: EDISON 4647

Teléfono:

At.: Sr.: BERNARDITA ANGULO

**** 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	SILLON EJECUTIVO MANAGER, TAPIZ CUERO RECONSTITUIDO, COLOR NEGRO	131,560.0	263,120

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

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

CUENTA : 431101 MOBILIAR.OFICINA
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

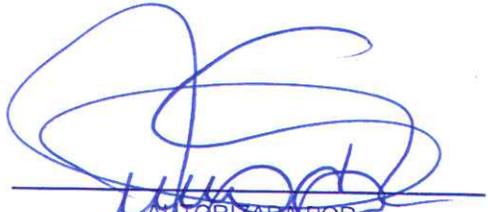
VALOR NETO 263,120
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 263,120
 IVA 49,993
 TOTAL FACTURA 313,113

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TRECE MIL CIENTO TRECE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

FECHA: 22-04-2014

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

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CILINDRO DE GAS DE 15 KG CLASICO	16,823.53	50,471

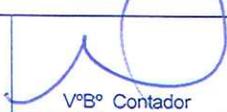
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	50,471
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	50,471
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	9,589
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,060

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA MIL CINCUENTA Y NUEVE PESOS

	Renzo 342	
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FERNANDO RUBIO IBARRA 068780381

Dirección: HUERFANOS 714 DEPTO 214

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° de Fecha **de Fecha** **servase despachar**

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	RELOJ CONTROL MODELO Psx 628, VALOR UF DIA 22-04-2014: \$ 23.722,95.	332,121.0	332,121

LA FACTURA DEBE SER 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. ADMINIVALOR NETO	332,121
DESTINO	: CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 332,121
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA 63,103
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 395,224

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

	Neto 1278		
Entregado por	Solicitada por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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
54	OLANZAPINA 10 MG. x 30 COMP.	3,900.0	210,600

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

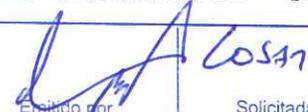
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

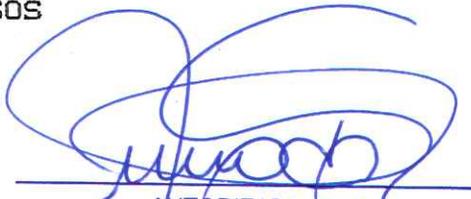
VALOR NETO 210,600
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 210,600
IVA 40,014
TOTAL FACTURA 250,614

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS

			
Entido por	Solicitada por	V°B° presupuesta	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 22-04-2014

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

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	CICLOBENZAPRINA 10 MG x 20 COMP.	4,000.0	400,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 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 400,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 400,000
 IVA 76,000
 TOTAL FACTURA 476,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CARTULINA COLOR BLANCA 53.5 X 77	72.00	1,440
12	ADHESIVO BARRA STICK FIX	437.00	5,244
12	TIJERA ESCOLAR PUNTA ROMA	164.00	1,968
12	PLUMON PIZARRA ROJO	320.00	3,840
12	PLUMON PIZARRA NEGRO	320.00	3,840
12	PLUMON PIZARRA AZUL	320.00	3,840
2	CINTA MASKING TAPE	311.00	622
20	LAPIZ GRAFITO N2 PROARTE	61.00	1,220
12	GOMA DE BORRAR	45.00	540
12	CAJA DE LAPIZA DE COLOR 12 UN	362.00	4,344
6	SACAPUNTA METALICO CUADRADO	96.00	576
12	PLUMON 12 COLORES ROSS	337.00	4,044
2	PAPEL KRAFT	43.00	86
1	CAJA PLASTICA CON TAPA 10 LT	1,739.00	1,739

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	33,343
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	33,343
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	6,335
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,678

SON : TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

 <i>Renzo \$320</i>	
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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 22-04-2014

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
528	JUGOS	133.62	70,551
26	DISPLAY BARRA DE CEREAL	1,336.13	34,739

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 : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	105,291
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	105,291
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	20,005
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	125,296

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

	12204302		
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: 22-04-2014

Señor(es): **COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281**

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
34	METILFENIDATO 10 MG. x 100 COMP.	35,000.0	1,190,000

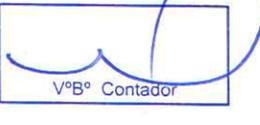
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

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

VALOR NETO 1,190,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,190,000
 IVA 226,100
 TOTAL FACTURA 1,416,100

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CIEN PESOS

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

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA, SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 22-04-2014

Señor(es): TELEFONICA EMPRESAS CHILE S.A. 787034101

Dirección: PROVIDENCIA 111

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

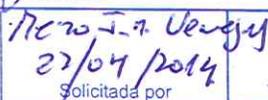
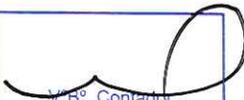
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SERVICIO IMPLEMENTACION DE RED LAN 17 PUNTOS D E RED Y 01 UPS DE 2KVA.	4,010,365.0	4,010,365

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES	VALOR NETO	4,010,365
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,010,365
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	761,969
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,772,334

SON : CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS TREINTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 22-04-2014

Señor(es): RODRIGO SALAZAR GUZMAN INFORMATICA E.I.R.L 520025375

Dirección: AV. APOQUINDO N° 6415 OF. 71

Teléfono: 2014964

At.: Sr. rsalazar@bynet.cl
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	DISCO DURO 2TB SATA	62,017.00	62,017
3	1/3 CMOS 800TVL + 8510DSP IR 35 VAR 4-9 MM WDR ANTI FLIKER	29,328.00	87,984
12	TRANSFORMADOR AC110-240V 12V DC 2A	2,437.00	29,244
1	INSTALACION	125,000.00	125,000

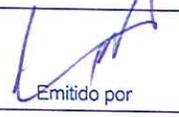
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	304,245
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 304,245
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA 57,807
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 362,052

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	<i>Reus 384</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.

Señor(es): GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA. 850257000

Dirección: ANDRES BELLO 2687 PISO 19

Teléfono: 2039041

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
352	ESKALIT SR 450 MG. x 50 COMP. RECUBIERTOS	4,500.0	1,584,000

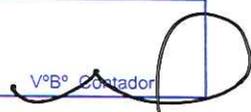
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONOS: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

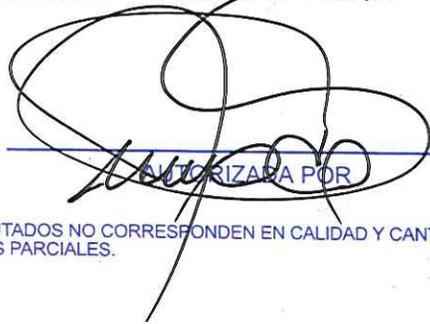
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,584,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,584,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	300,960
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,884,960

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS

	new #46	
Emitted por	Solicitada por	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

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

070484

FECHA: 21-04-2014

Señor(es): CONFECCIONES SINETTI Y CIA LTDA. 763291847

Dirección: HUERFANOS 1160, OFICINA 1101

Teléfono: 25514268

At.: Sr.: ISMENIA ALCOTA
 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	CHAQUETA DE INVIERNO 3000 ACRILICO TEXTURADO C /LOGO	27,000.0	324,000
24	PANTALON GABARDINA HOMBRE	15,000.0	360,000
36	CAMISA HOMBRE OXFORD FANTASIA C/LOGO	10,500.0	378,000

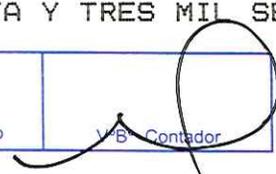
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

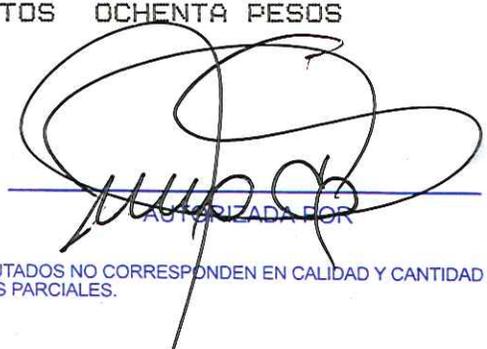
CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,062,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 45 DIAS HABILES	SUB-TOTAL	1,062,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	201,780
FORMA DE PAGO : 45 DIAS C/ENTREGA	TOTAL FACTURA	1,263,780

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS

	383	
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: 21-04-2014

Señor(es): CONFECCIONES SINETTI Y CIA LTDA. 763291847

Dirección: HUERFANOS 1160, OFICINA 1101

Teléfono: 25514268

At: Sr. ISMENIA ALCOTA

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
23	CHAQUETA INVIERNO 3902 AFIA TELARTE	35,500.0	816,500
23	PANTALON INVIERNO 6608 AFIA TELARTE	19,700.0	453,100
23	GILLETTE INVIERNO 7710 AFIA TELARTE	22,300.0	512,900
23	BLUSA INVIERNO 1197 ACQUA TELARTE	16,600.0	381,800
23	BLUSA INVIERNO 1813 ACQUA TELARTE	16,600.0	381,800

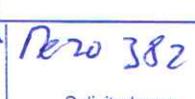
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	2,546,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 45 DIAS HABILES	SUB-TOTAL	2,546,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	483,759
FORMA DE PAGO : 45 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,029,859

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE 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: 21-04-2014

Señor(es): CONFECCIONES SINETTI Y CIA LTDA. 763291847

Dirección: HUERFANOS 1160, OFICINA 1101

25514268

At.: Sr. ISMENIA ALCOTA

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
6	CHAQUETA INVIERNO 3902 AFIA TELARTE	35,500.0	213,000
6	PANTALON INVIERNO 6608 AFIA TELARTE	19,700.0	118,200
6	GILLETTE INVIERNO 7710 AFIA TELARTE	22,300.0	133,800
6	BLUSA INVIERNO 1197 ACQUA TELARTE	16,600.0	99,600
6	BLUSA INVIERNO 1813 ACQUA TELARTE	16,600.0	99,600

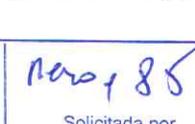
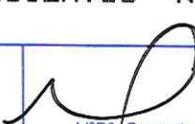
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO : REYES LAVALLE 3207, LAS CONDES - R.U.T.: 70.902.000 - 5 - FONO: 720 6000 - FAX: 720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	664,200
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 45 DIAS HABILES	SUB-TOTAL	664,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	126,198
FORMA DE PAGO : 45 DIAS C/ENTREGA	TOTAL FACTURA	790,398

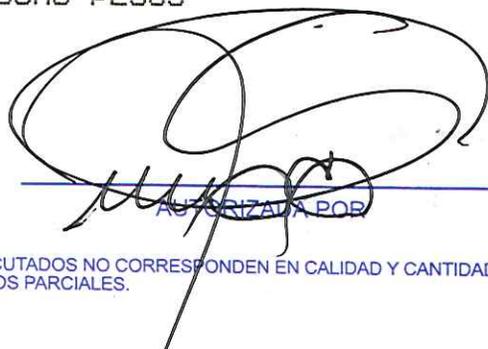
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:


AUTORIZADA POR

Señor(es): DANIEL AMENABAR GROVE 174030189

Dirección: AV. VITACURA 5480, LOCAL 24

Teléfono:

At.: Sr. CONSTANZA MUNOZ M.

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

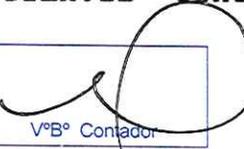
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

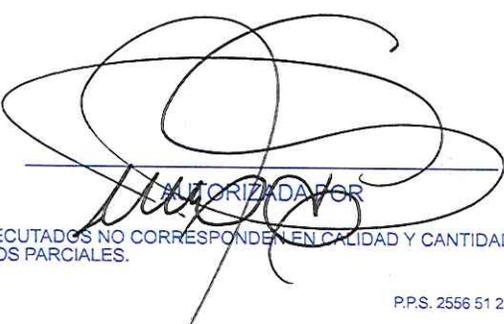
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	2 ARREGLOS FLORAL (MARTES 29-04-2014) FLORES COLOR: AMARILLO-BLANCO-FOLLAJE Y TINTES AZULADOS (LISIANTHUS) "EVALUACION DOCENTE"	115,000.0	115,000

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 : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	115,000
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	115,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	21,850
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	136,850
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS		

 Emitido por	new 224 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): DANIEL AMENABAR GROVE 174030189

Dirección: AV. VITACURA 5480, LOCAL 24

At.: Sr. CONSTANZA MUNOZ M.

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.

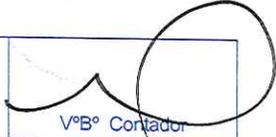
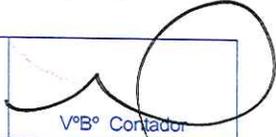
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ARREGLO FLORAL COMPLETO (INCLUYE PEDESTAL) FLORES COLOR: AMARILLO-BLANCO-FOLLAJE. "ANIVERSARIO COLEGIO JUAN PABLO II" DIA 30-04-2014.	80,000.0	80,000

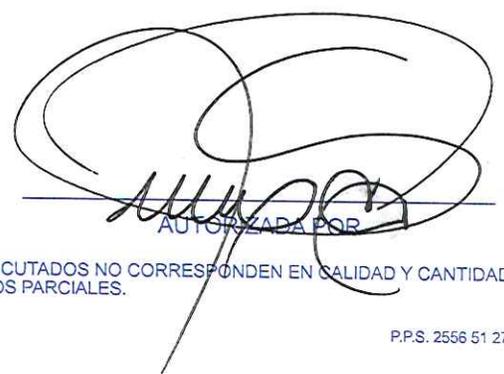
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES
 DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS

VALOR NETO 80,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 80,000
 IVA 15,200
 TOTAL FACTURA 95,200

 Emitido por	Nero #43. Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

070479

224

FECHA: 21-04-2014

Señor(es): TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

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	TRASLADO IDA Y VUELTA CENTRO DE APRENDIZAJE A HOTEL RESORT MARBELLA - BUS 44 PAX = 25/ABRIL/2014 07:15 HS	520,000.00	520,000

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 : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	520,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	520,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	520,000

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



ORDEN DE COMPRA

22-4

070478

FECHA: 21-04-2014

Señor(es): TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

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	TRASLADO IDA Y VUELTA COLEGIO LEONARDO DA VINCI A HOTEL RESORT MARBELLA - BUS 44 PAX = 25/ABRIL/14 07:15 HS	520,000.00	1,040,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION 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 : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	1,040,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,040,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,040,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CUARENTA MIL 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): 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.

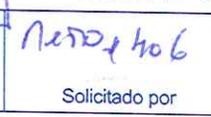
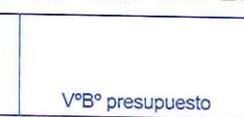
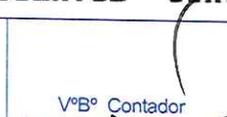
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	CEPILLOS DENTALES 5 a 7 ANOS (ETAPA 3) ORAL B	1,015.0	101,500
50	PASTA DENTAL INFANTIL	860.0	43,000

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424251	GES PREVENTIVO EN SALUD BUCAL	VALOR NETO	144,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	144,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611		IVA	27,455
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	171,955

SON : CIENTO SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO 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): **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.

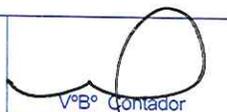
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
38	CEPILLOS DENTALES 2 a 4 ANOS (ETAPA 2)	1,015.0	38,570
19	PASTA DENTAL INFANTIL	860.0	16,340

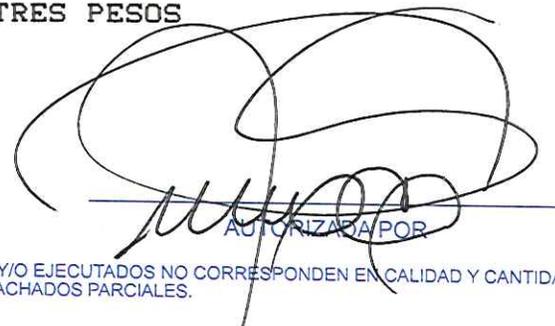
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424251	GES PREVENTIVO EN SALUD BUCAL	VALOR NETO	54,910
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	54,910
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	10,433
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	65,343

SON : SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

	<i>Acto 406</i>	
Emitido por	Solicitado por	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.

Señor(es): COMERCIAL Y SERVICIOS GEODENTAL LIMITADA 761374931

Dirección: GOLFO DE PENAS 2175 , VALLE NEVADO

Teléfono:

At.: Sr. BENITO GERARDO ANDRADE
De acuerdo a su cotización N°

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

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

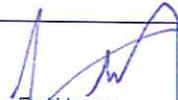
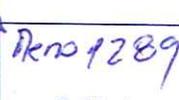
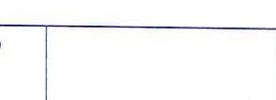
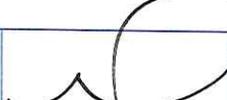
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	EQUIPO ULTRASONIDO MARCA WOODPECKER PARA CLINICA DENTAL 16	151,261.0	151,261

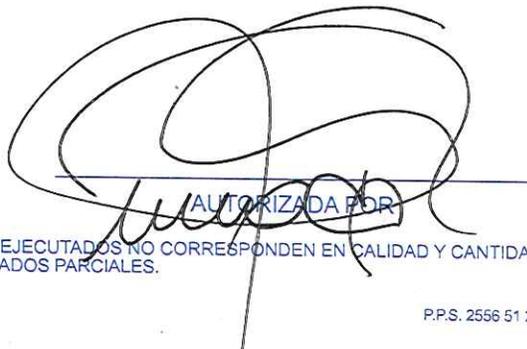
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 431105 EQ.E INST.SALUD
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
SON : CIENTO OCHENTA MIL UN PESOS

VALOR NETO 151,261
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 151,261
IVA 28,740
TOTAL FACTURA 180,001

 Emtido 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: 21-04-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DEFIBRILADOR MARCA CU MEDICAL MODELO CU-HD1, CON MARCAPASO, GARNTIA 1 AÑO.	3,780,000.0	3,780,000

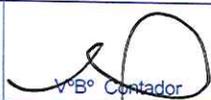
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 431105 EQ.E INST.SALUD	VALOR NETO	3,780,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,780,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	718,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,498,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS PESOS

	RECIBO # 057	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADO POR

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

Señor(es): PAUL SIXTO PUENTES MORALES 063768294

Dirección: CAMINO EL REFUGIO 15700 EL ARRAYAN

Teléfono: 0

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

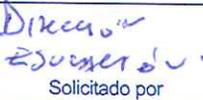
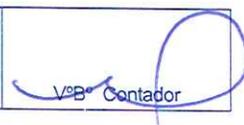
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SERVICIO DE BANQUETERIA PARA EL 29.04.2014 EN CORP. CULTURAL DE LAS CONDES - INCLUYE TAPADITOS, CAFE, JUGOS, SERVICIO DE MOZO, MESAS, MANTELERIA Y ARREGLOS FLORALES	1,050,000.0	1,050,000

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 : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	1,050,000
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,050,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	199,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,249,500

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS 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.

070472

FECHA: 21-04-2014

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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

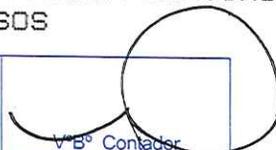
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	JUGOS WATTS 1.5 LTS	710.08	4,260

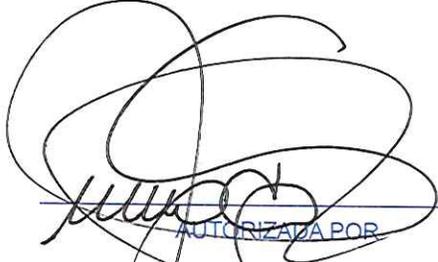
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	4,260
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,260
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	809
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,069

SON : CINCO MIL SESENTA Y NUEVE PESOS VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

 Emitido por	Numero 1233 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: 21-04-2014

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

Dirección: ROGER DE FLOR 2800

Teléfono: 3375422

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	NAN 1, CAJA x 24 LATAS DE 400 GRS.	83,840.0	419,200

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424104	PROG. ALIMENTACION	VALOR NETO	419,200
DESTINO : CONSULTORIO	APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	419,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611		IVA	79,648
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	498,848

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

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



ORDEN DE COMPRA

21-4

070470

FECHA: 21-04-2014

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	JUGO NATURAL 1.5 LTS WATTS PINA	943.00	9,430
5	JUGO NATURAL 1.5 LTS WATTS NARANJA	943.00	4,715
5	JUGO NATURAL 1.5 LTS WATTS DURAZNO	943.00	4,715
20	COCA COLA ZERO 1500 CC	723.00	14,460
5	PLATO DESECHABLE MEDIANO BLANCO X 20 UND	404.00	2,020
1	TENEDOR PLASTICO X 100 UND BLANCO	839.00	839
4	VASO DESECHABLE 200 ML 7 ONZ X 25 UND BLANCO	277.00	1,108

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 : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	37,287
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	37,287
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	7,085
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,372

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS 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: 21-04-2014

Señor(es): JOSE RIVERO LLAMAZALES Y CIA LTDA. 865205007

Dirección: SAN DIEGO 767

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.

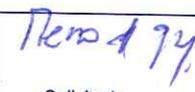
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	FRIGOBAR 100 LTS VERTICAL P/VIDRIO	134,830.00	134,830

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	: 424106	PISE PRG.SALUD ESCOLAR INTEGRAD	VALOR NETO	134,830
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0		0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL		134,830
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA		25,618
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA		160,448

SON : CIENTO SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO 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: 21-04-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

6295384

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
200	AMBROXOL JARABE 4MG/60ML.	488.0	97,600

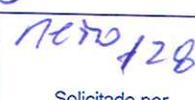
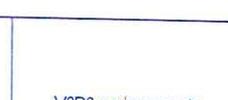
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	97,600
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	97,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,544
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,144

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISEIS MIL CIENTO CUARENTA 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.

FECHA: 17-04-2014

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	EQUIPO FAX TERM C/ROLLO BROTHER 275	79,000.00	79,000

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

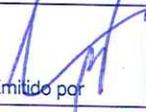
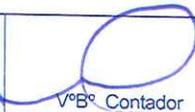
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 431115 EQUIPOS TELEFONICOS
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 79,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 79,000
IVA 15,010
TOTAL FACTURA 94,010

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y CUATRO MIL DIEZ PESOS

 Emitido por	nero 1056 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: 17-04-2014

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 **servase despachar**

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARTRIDGE EPSON STYLUS NEGRO 900/980	24,500.00	49,000

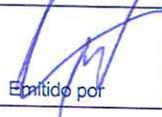
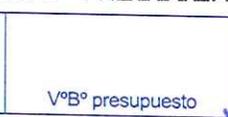
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR 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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DIEZ 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): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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	CARGA GAS 15 KG CLASICO	16,823.53	16,824

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 : 423104 GAS
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTE MIL DIECINUEVE PESOS

VALOR NETO 16,824
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 16,824
 IVA 3,196
 TOTAL FACTURA 20,020

	270422	
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA GAS 45 KG CLASICO	42,134.45	42,134
1	CARGA GAS 15 KG CLASICO	16,823.53	16,824
3	CARGA GAS 5 KG CLASICO	7,579.83	22,739

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 : 423104 GAS	VALOR NETO	81,697
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	81,697
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	15,523
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97,220

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS

	<i>Dexo 1272</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): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° de Fecha 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	CARGA GAS 5 KG CLASICO	7,579.83	22,739

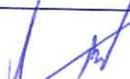
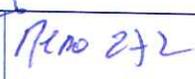
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	22,739
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	22,739
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,321
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,060

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISIETE MIL 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.

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

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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

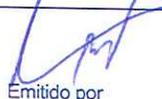
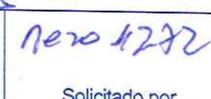
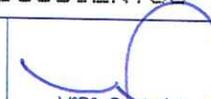
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA GAS 45 KG CLASICO	42,134.45	42,134
3	CARGA GAS 15 KG CLASICO	16,823.53	50,471
1	CARGA GAS 11 KG CLASICO	12,638.66	12,639
1	CARGA GAS 5 KG CLASICO	7,579.83	7,580

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 : 423104 GAS	VALOR NETO	112,824
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	112,824
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,436
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	134,260

SON : CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA 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.

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

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

Teléfono: 2207157

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

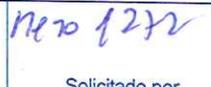
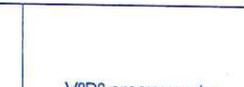
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA GAS 45 KG CLASICO	42,134.45	42,134
2	CARGA GAS 11 KG CLASICO	12,638.66	25,277

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 : 423104 GAS	VALOR NETO	67,412
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	67,412
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,808
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,220

SON : OCHENTA MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE 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.

070460

FECHA: 17-04-2017

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

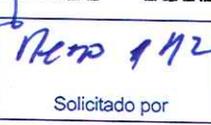
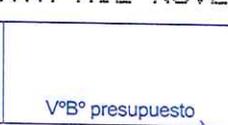
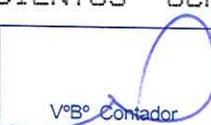
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	SOPORTE PARA PROYECTOR CON JAULA DE SEGURIDAD CON EXTENSION DE FIERRO DESDE TECHOFALSO 1.50 MT - INCLUYE INSTALACION	55,860.00	446,880
4	CABLES VGA 10 METROS CON FERRITA	9,900.00	39,600
4	CABLES VGA 15 METROS CON FERRITA	12,900.00	51,600
60	METROS DE CANALETA 40 X 16 GEN	1,690.00	101,400

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	639,480
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 639,480
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA 121,501
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 760,981

SON : SETECIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN 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: 10-04-2014

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (236.345)	236,345.00	236,345
2	VALES (150.998)	150,998.00	301,996

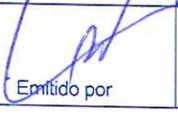
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	538,341
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	538,341
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	102,285
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	640,626

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


FACTORIZADA 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: 10-04-2014

Señor(es): PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE 816989000

Dirección: AV. L. BERNARDO O'HIGGINS 340

Teléfono: 0

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	BATERIA WAIS IV	499,800.00	499,800
1	ENVIO	3,000.00	3,000

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 : 421109 MAT.DIDACT.ENSEÑANZA	VALOR NETO	502,800
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	502,800
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	95,532
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	598,332

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS.

Empleado 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

15-4

070438

FECHA: 10-04-2014

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 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	TORTA DE 60 PERSONAS SABOR NUEZ MANJAR	36,134.45	36,134
1	TORTA DE 40 PERSONAS SBAOR NUEZ MANJAR	28,571.43	28,571

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	VALOR NETO	64,706
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	64,706
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	12,294
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	77,000

SON : SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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.

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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

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

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

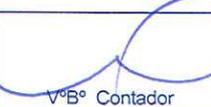
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SONDA FOLEY 18 SILICONA CAJA X 10 UND	12,450.00	62,250
5	SONDA FOLEY 20 SILICONA CAJA X 10 UND	12,450.00	62,250

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	124,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	124,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	23,655
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	148,155

SON : CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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
120	JUGOS	133.61	16,033
10	BROWNIE	2,739.50	27,395
10	CHOCOLATES SHANE NUSS	2,033.61	20,336

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	: 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	63,764
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	63,764
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	12,115
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	75,879
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
SON : SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS			

	Neto 47		
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): FERRETERIA GARACHENA S.A. 967029505

Dirección: PROVIDENCIA 2687

Teléfono: 2322645

At.: Sr:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha **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
25	ROLLO ALAMBRE NYA 1.5 MM X 100 MTS BLANCO	12,436.97	310,924
25	ROLLO ALAMBRE NYA 1.5 MM X 100 MTS ROJO	12,436.97	310,924
15	ROLLO ALAMBRE NYA 1.5 MM X 100 MTS VERDE	12,436.97	186,555
10	ROLLO ALAMBRE NYA 2.5 MM X 100 MTS AZUL	18,151.26	181,513
10	ROLLO ALAMBRE NYA 2.5 MM X 100 MTS NEGRO	18,151.26	181,513
10	ROLLO ALAMBRE NYA 2.5 MM X 100 MTS ROJO	18,151.26	181,513

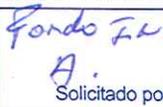
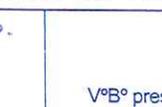
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421109 MAT.DIDACT.ENSEÑANZA	VALOR NETO	1,352,941
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,352,941
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	257,059
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,610,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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: 10-04-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
535	AMBROXOL JARABE 4MG./60ML.	380.0	203,300

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	203,300
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	203,300
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	38,627
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	241,927

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE PESOS

 Emitido por	<i>Nemo 26</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	----------------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 10-04-2014

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.

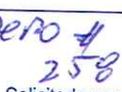
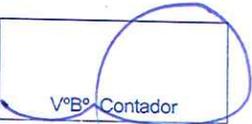
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	JERINGA CARPULE	4,202.0	126,060

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO CINCUENTA MIL ONCE PESOS

VALOR NETO 126,060
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 126,060
 IVA 23,951
 TOTAL FACTURA 150,011

Emtido 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): PROCESOS SANITARIOS S.A. 966977108

Dirección: CERRO EL ROBLE 9661

Teléfono: 7471009

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CONTENEDOR PRO-03 1 PACK UF: 1,53	1,212.00	36,360
24	CONTENEDOR PRO-06 1 PACK UF: 2,11	2,092.00	50,208
3	SOPORTE PRO-03 UF: 0,08 UF	1,902.00	5,706
3	SOPORTE PRO-06 UF: 0,09	2,140.00	6,420

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

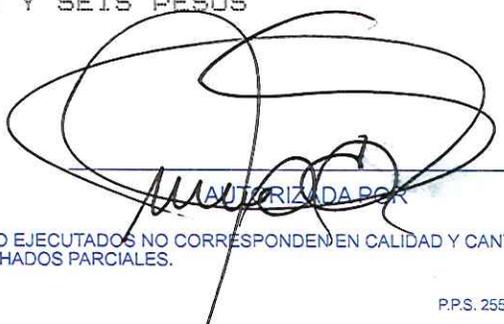
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	98,694
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	98,694
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	18,752
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	117,446

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	Memo #353 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: 10-04-2014

Señor(es): NC VIVIANA GUAJARDO SALAS LTDA. 760586005

Dirección: NVA. LOS LEONES 0226

Teléfono: 3787164

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
2,700	IMPRESION 4/2 COLOR EN CARTULINA DE COLOR 240 GRS; 8 CM DE ALTO X 28.5 CM DE LARGO CON 2 PLSADOS	103.00	278,100

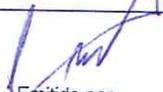
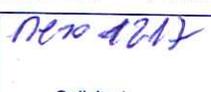
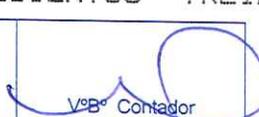
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	278,100
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	278,100
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	52,839
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	330,939

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS TREINTA 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.



ORDEN DE COMPRA

14-4

070428

FECHA: 10-04-2014

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

5559467

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	BLOCK MAMOGRAFIAS 100 HOJAS	9,800.0	98,000
3,000	HOJAS TAMANO CARTA CON LOGO	95.0	285,000
2,000	SOBRES DE 20 x 28 CM. CON LOGO	417.0	834,000
500	SOBRES DE 25 x 30 CON LOGO	1,176.0	588,000
500	SOBRES DE 38 x 46 CON LOGO	1,556.0	778,000

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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	2,583,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,583,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	490,770
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,073,770

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS

	<i>Novo 4 7A</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: 10-04-2014

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

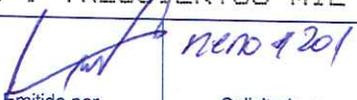
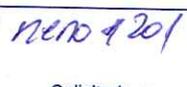
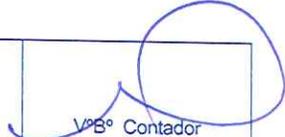
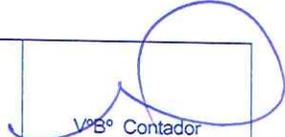
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425124 GASTOS TERMINO DE A=O	VALOR NETO	300,000
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	300,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	300,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS MIL PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 10-04-2014

Señor(es): FLORIDOR ANTONIO ALBORNOZ POBLETE 080070667

Dirección: EJERCITO 7067-OF. A

Teléfono: 6972954

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

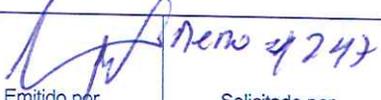
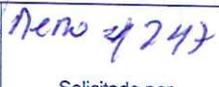
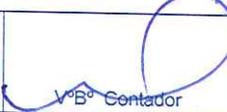
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	TALONARIO RECEPCION PRODUCTOS PROGRAMAS ALIMEN TARIOS 50/3 CON FOLIO	4,500.0	90,000

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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS
 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
 SON : CIENTO SIETE MIL CIEN PESOS

VALOR NETO 90,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 90,000
 IVA 17,100
 TOTAL FACTURA 107,100

 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-04-2014

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

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 sívase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	CARNE DE NINA ROSADO (LIBRETAS)	850.0	170,000
200	CARNE DE NINO CELESTE (LIBRETAS)	850.0	170,000
10	RECETAS FORM. CONTINUO x 2000 UN.	28,000.0	280,000

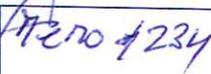
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	620,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	620,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	117,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	737,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS

Emiso 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: 10-04-2014

Señor(es): FLORIDOR ANTONIO ALBORNOZ POBLETE 080070667

Dirección: EJERCITO 7067-OF. A

Teléfono: 6972954

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	CERTIFICADO DE EMBARAZO BLOCK 100/1	2,700.0	27,000
20	REFERENCIA EXAMEN RADIOLOGICO	2,700.0	54,000
20	EXAMEN BACTERIOLOGICO DE TUBERCULOSIS	2,900.0	58,000

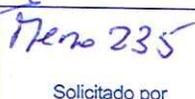
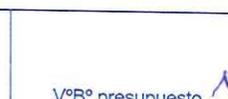
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	139,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	139,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	26,410
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	165,410

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS DIEZ 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): GLORIA L. DEL P. GUZMAN B. DISTR. DENTAL E.I.R.L 760311847

Dirección: PROVIDENCIA 2994 LOC. 111

Teléfono: 2323114

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha 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
4	PROTECTOR VISTA-TEC KIT 1 MARCO + 3 LAMINAS	24,370.0	97,480

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 97,480
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 97,480
 IVA 18,521
 TOTAL FACTURA 116,001

SON : CIENTO DIECISEIS MIL UN PESOS

	<i>Meto 349</i>	
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ING-CLEAN LTDA. 760614858

Dirección: SANTA GRACIELA 159

Teléfono:

At.: Sr. MAURICIO CASTRO

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CONTENEDOR DE BASURA 240 LTS. CON PEDAL	52,000.0	208,000

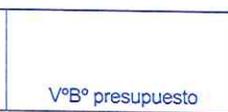
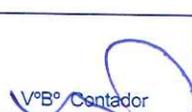
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	208,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	208,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	39,520
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	247,520

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	11111111111111111111 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): MARCELA ANDREA RIVEROS GONZALEZ 130906567

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono: 5542526

At: Sr. MARCELA

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

De acuerdo a su cotización N°

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

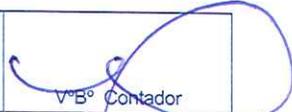
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3,000	CALENDARIO RETIRO DE MEDICAMENTOS	33.0	99,000
200	CARNE DEL ADULTO MAYOR	698.0	139,600
2,000	PORTA RADIOGRAFIA DENTAL, VERTICAL DOBLE	72.0	144,000

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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	382,600
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	382,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	72,694
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	455,294

SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	236 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): 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 sírvese despachar

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

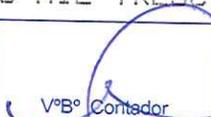
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PROYECTOR DE TIRO ULTRA CORTO HITACHI CP-AW252 WN WXGA 1280*800*2500 LUMENES	772,850.00	1,545,700
4	PIZARRA INTERACTIVA HITACHI FXTRO 77"	811,756.00	3,247,024

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	: 421125 EQUIP.TECNOLOGICO LICEO ALEXANDE	VALOR NETO	4,792,724
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,792,724
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	910,618
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,703,342

SON : CINCO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS 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 ACEPTARÁN 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
10	TOSHIBA SATELLITE C45-ASP4310FL INTEL CORE i3	255,800.00	2,558,000
5	HP COMPAQ PRO 4300 SFF i3 4G/500G/W8 DWNG W7	344,000.00	1,720,000

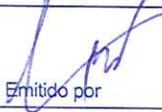
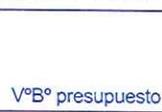
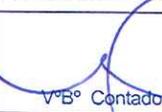
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421125 EQUIP.TECNOLOGICO LICEO ALEXANDEVALOR NETO	4,278,000
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 4,278,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA 812,820
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 5,090,820

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCO MILLONES NOVENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTE 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): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

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.

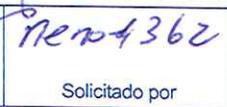
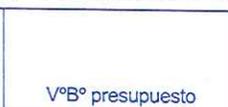
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10,000	PARCHE CURITA	7.00	70,000

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 : 424106	PISE PROG.SALUD ESCOLAR INTEGRAD	VALOR NETO	70,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	70,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207		IVA	13,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	83,300

SON : OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS 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: 10-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

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

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

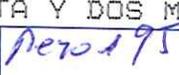
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	SABANILLA ELITE 48 METROS CAJA X 12 UND	17,613.00	52,839

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 : 424106	PISE PROG.SALUD ESCOLAR INTEGRAD	VALOR NETO	52,839
DESTINO : DIRECCION DE SALUD		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	52,839
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207		IVA	10,039
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	62,878

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SESENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA 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): 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
11	PROVISION E INSTALACION DE PAVONADO FROST 316 SALA MULTIPLE	23,800.00	261,800
8	PROVISION E INSTALACION DE PAVONADO FROST BOX DENTAL	11,870.00	94,960

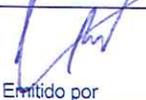
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES	VALOR NETO	356,760
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	356,760
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	67,784
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	424,544

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

	№ 362	
Emitido por	Solicitado por	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.

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.

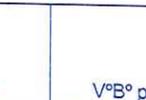
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SERVICIO TECNICO DE INSTALACION CCTV PARA 6 TV	650,000.00	650,000
1	AMPLIFICADORES SENAL RCA A RF	25,600.00	25,600
1	DVD LG HDI AS540	38,000.00	38,000
2	SPLITTER RCA AUDIO Y VIDEO	6,900.00	13,800
1	MONITORES DE 10" LCD PC TRONIX	55,000.00	55,000
6	AMPLIFICADORES DE SENAL COAXIAL 50 MT PN: WS-C 2960S-24TS-L	8,500.00	51,000

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	833,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 833,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA 158,346
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 991,746

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SDN : NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

 Emilido 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

070410

Env. a RH
x RO 14-4

10-04-2014

FECHA:

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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	VALES (75.499)	75,499.00	150,998
5	VALES (113.248)	113,248.00	566,240
4	VALES (150.998)	150,998.00	603,992

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	1,321,230
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,321,230
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	251,034
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,572,264

SON : UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS 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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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.

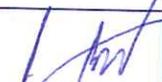
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (113.248)	113,248.00	113,248
13	VALES (150.998)	150,998.00	1,962,974

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	2,076,222
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,076,222
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	394,482
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,470,704

SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS CUATRO 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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	VALES (150.998)	150,998.00	1,056,986

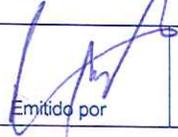
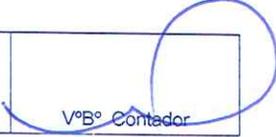
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,056,986
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,056,986
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	200,827
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,257,813

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TRECE 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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

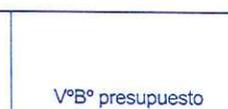
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	VALES (150.998)	150,998.00	754,990

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	754,990
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	754,990
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	143,448
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	898,438

SON : OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA 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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

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

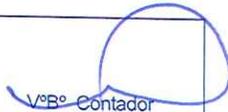
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	VALES (150.998)	150,998.00	905,988

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	905,988
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	905,988
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	172,138
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,078,126

SON : UN MILLON SETENTA Y OCHO MIL CIENTO 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.

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	VALES (150.998)	150,998.00	754,990

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	754,990
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	754,990
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	143,448
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	898,438

SON : OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

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


 AUTORIZADOR

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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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.

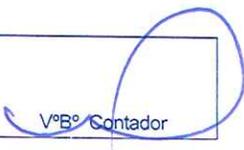
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (113.248)	113,248.00	113,248

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	113,248
DESTINO : MINICONULTORIO CHESTERTON	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	113,248
LUGAR ENTREGA : JUAN PALAU 1940	IVA	21,517
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	134,765

SON : CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO 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.



ORDEN DE COMPRA

070403

10-04-2014

FECHA:

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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
11	VALES (150.998)	150,998.00	1,660,978

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,660,978
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,660,978
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	315,586
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,976,564

SON : UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

070402

10-04-2014

FECHA:

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

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

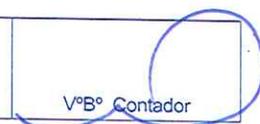
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
14	VALES (150.998)	150,998.00	2,113,972

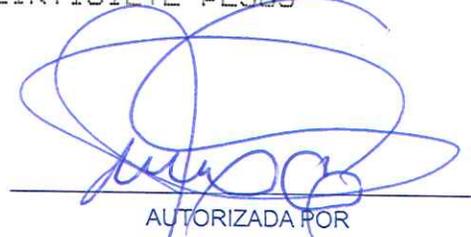
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	2,113,972
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,113,972
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	401,655
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,515,627

SON : DOS MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE 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: 10-04-2014

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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	VALES (75.499)	75,499.00	452,994
10	VALES (113.248)	113,248.00	1,132,480
23	VALES (150.998)	150,998.00	3,472,954

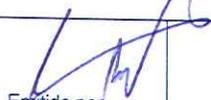
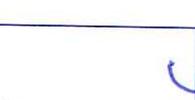
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	5,058,428
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,058,428
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	961,101
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,019,529

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEIS MILLONES DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTINUEVE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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	VALES (113.248)	113,248.00	226,496
11	VALES (150.998)	150,998.00	1,660,978

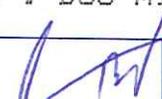
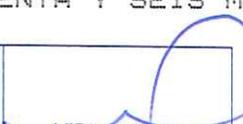
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

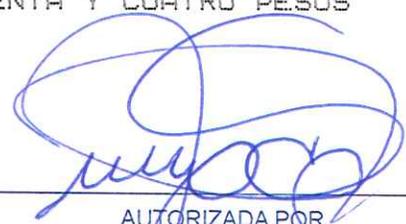
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,887,474
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,887,474
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	358,620
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,246,094

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVENTA 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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VALES (113.248)	113,248.00	452,992
8	VALES (150.998)	150,998.00	1,207,984

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	1,660,976
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,660,976
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	315,585
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,976,561

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN 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.



ORDEN DE COMPRA

070398

10-04-2014

FECHA:

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

Dirección: ROSAS 1665

3802094

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	VALES (75.499)	75,499.00	150,998
11	VALES (113.248)	113,248.00	1,245,728
100	VALES (150.998)	150,998.00	15,099,800

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.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	16,496,526
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,496,526
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	3,134,340
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,630,866

SON : DIECINUEVE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y - SEIS 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: 10-04-2014

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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.

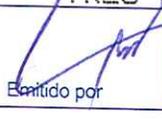
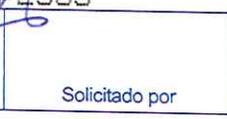
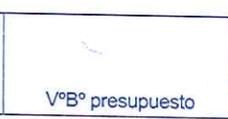
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES (75.499)	75,499.00	150,998
3	VALES (113.248)	113,248.00	339,744
105	VALES (150.998)	150,998.00	15,854,790

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	16,345,532
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,345,532
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,105,651
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,451,183

SON : DIECINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA Y - TRES PESOS

			
Emtido 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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

3802094

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	VALES (113.248)	113,248.00	679,488
51	VALES (150.998)	150,998.00	7,700,898

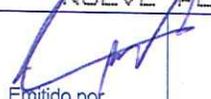
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	8,380,386
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,380,386
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	1,592,273
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,972,659

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NUEVE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y - NUEVE PESOS

	
Emitido por	V°B° Contador
Solicitado por	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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-04-2014

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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	VALES (113.248)	113,248.00	226,496
72	VALES (150.998)	150,998.00	10,871,856

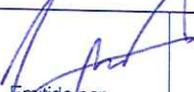
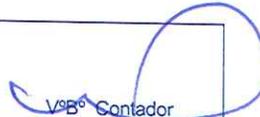
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	11,098,352
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,098,352
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	2,108,687
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,207,039

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRECE MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL TREINTA 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.

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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	VALES (75.499)	75,499.00	226,497
5	VALES (113.248)	113,248.00	566,240
50	VALES (150.998)	150,998.00	7,549,900

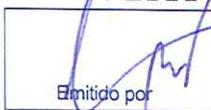
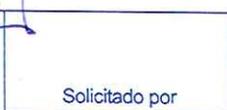
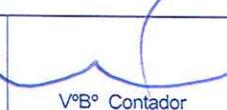
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	8,342,637
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,342,637
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	1,585,101
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,927,738

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NUEVE MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS TREINTA 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: 10-04-2014

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

Dirección: RDSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

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

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

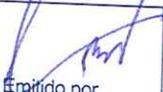
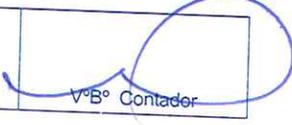
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VALES (150.998)	150,998.00	603,992

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	603,992
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	603,992
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	114,758
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	718,750

SON : SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

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

y/o ejecutar, 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	VALES (113.248)	113,248.00	226,496
88	VALES (150.998)	150,998.00	13,287,824

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	13,514,320
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,514,320
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	2,567,721
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,082,041
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : DIECISEIS MILLONES OCHENTA Y DOS MIL CUARENTA Y UN PESOS		

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

[Firma]
 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): FALABELLA RETAIL S.A. 77261280K

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

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

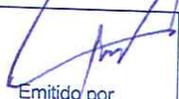
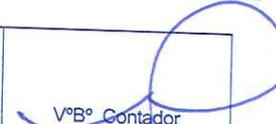
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES (75.499)	75,499.00	150,998
1	VALES (113.248)	113,248.00	113,248
85	VALES (150.998)	150,998.00	12,834,830

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	13,099,076
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,099,076
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	2,488,824
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,587,900
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : QUINCE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS 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: 10-04-2014

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

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

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

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

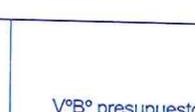
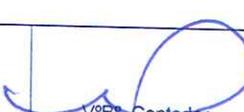
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (75.499)		
1	VALES (113.248)	75,499.00	75,499
39	VALES (150.998)	113,248.00	113,248
		150,998.00	5,888,922

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	6,077,669
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,077,669
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	1,154,757
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,232,426

SON : SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS 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.

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

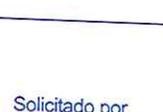
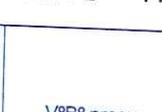
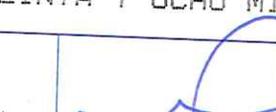
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VALES (75.499)	75,499.00	150,998
3	VALES (113.248)	113,248.00	339,744
81	VALES (150.998)	150,998.00	12,230,838

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	12,721,580
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,721,580
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	2,417,100
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,138,680
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : QUINCE MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS		

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


 AUTORIZADOR

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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-04-2014

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (75.499)		
6	VALES (113.248)	75,499.00	75,499
54	VALES (150.998)	113,248.00	679,488
		150,998.00	8,153,892

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	8,908,879
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,908,879
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,692,687
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,601,566
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MON : DIEZ MILLONES SEISCIENTOS UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: ROSAS 1665

Teléfono: 3802094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

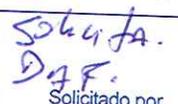
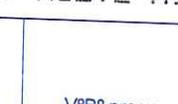
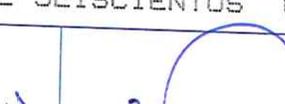
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (150.998)	150,998.00	150,998

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	150,998
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	150,998
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	28,690
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,688

MONTO : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

4731399

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

Teléfono:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

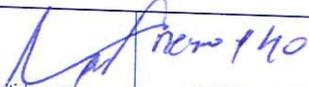
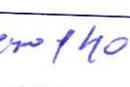
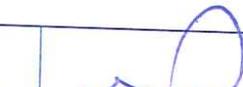
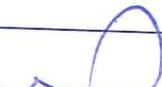
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,700	13,600
14	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	1,700	23,800
9	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700	15,300
26	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	28,600
100	PECHERAS PLASTICAS DESECHABLES MANGA LARGA	148	14,800

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	96,100
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	96,100
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	18,259
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	114,359
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CIENTO CATORCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

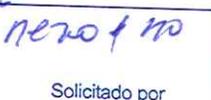
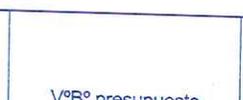
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (CHINO)	3,630	14,520

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	14,520
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,520
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,759
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,279
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS		

 Emitted by	 Requested by	 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
AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 sírvase despachar

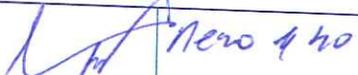
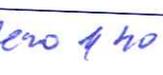
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ALCOHOL 70 CAJA X 15 LT	13,800	27,600

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	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	27,600
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,600
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	5,244
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,844
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTO : TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

4356053

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014

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 GEL CON ALCOHOL ALCOGEL BOT. X 1 LTS.	3,430	10,290
1	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	3,700	3,700
8	RECOLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	480	3,840
3	SONDAS FOLEY ESTERILES DESECHABLES N° 12 X 5	1,850	5,550
3	SONDAS FOLEY ESTERILES DESECHABLES N° 14 X 5	1,850	5,550
2	SONDAS FOLEY ESTERILES DESECHABLES N° 16 X 5	1,850	3,700
2	SONDAS FOLEY ESTERILES DESECHABLES N° 18 X 5	1,850	3,700
3	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594	31,782

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : OCHENTA Y UN MIL CINCUENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 68,112
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 68,112
 IVA 12,941
 TOTAL FACTURA 81,053

Emitido por *[Signature]*
 Solicitado por *[Signature]*
 V°B° presupuesto *[Signature]*
 V°B° Contador *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

154

070382

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 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	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700	13,600
4	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	4,400

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -
 CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS

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

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: 09-04-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-04-2014 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	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900	2,700

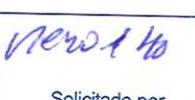
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 2,700
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 2,700
 IVA 513
 TOTAL FACTURA 3,213

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TRES MIL DOSCIENTOS TRECE 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.

09-04-2014

FECHA:

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

2775449

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 04

de Fecha 07-04-2014

sírvase despachar

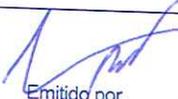
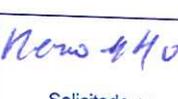
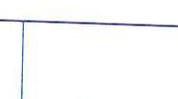
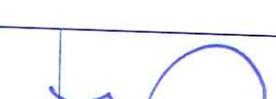
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	39,720
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	41,880
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pqs. 300mts x 20cms (10811)	13,195	13,195
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	17,613

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION 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	112,408
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	112,408
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,358
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	133,766
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
CONDICION : CIENTO TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070379

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 sírvase despachar

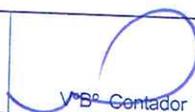
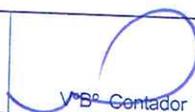
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CINTAS ESTERILES STERI STRIPS 3M CJ x 50 TIRAS R1541	21,649	21,649

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	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	21,649
DESTINO	: MINICONULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,649
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	4,113
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,762
CONDICIONES : VEINTICINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS			

 Emitido por	 Solicitado por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

4356053

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 sírvase despachar

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

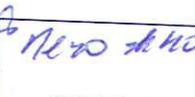
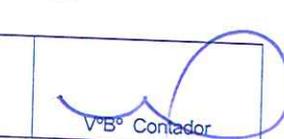
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594	10,594

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOCE MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS

VALOR NETO 10,594
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 10,594
 IVA 2,013
 TOTAL FACTURA 12,607

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

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

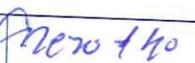
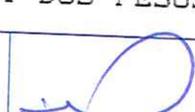
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	6,620
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pqs. 300mts x 20cms (10811)	13,195	13,195

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
 DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CUARENTA MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 33,775
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 33,775
 IVA 6,417
 TOTAL FACTURA 40,192

 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.

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 08-04-2014 sírvase despachar

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

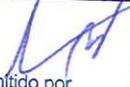
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	780	3,120
4	RECOLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	480	1,920
2	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594	21,188

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS

VALOR NETO 26,228
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 26,228
 IVA 4,983
 TOTAL FACTURA 31,211

 Emtido por	<i>Nervo 4 No</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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 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	FONONDOSCOPIO SIMPLE		
4	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	2,150	4,300
2	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700	6,800
		1,700	3,400

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	14,500
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,755
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,255
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : DIECISIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS		

 Emitido por	<i>new 7 ho</i> 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

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 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 JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	13,240
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195	13,195
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	17,613

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
DESTINO : MINICONULTORIO NUEVA BILBAO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
CONDICION : SESENTA Y NUEVE MIL TREINTA PESOS

VALOR NETO 58,008
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 58,008
IVA 11,022
TOTAL FACTURA 69,030

	<i>Nena d'Ho</i>	
Emtido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070373

09-04-2014

FECHA:

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

4460087

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 08-04-2014 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	CINTAS ESTERILES STERI STRIPS 3M CJ x 50 TIRAS R1541	21,649	21,649
4	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-0 1A/A-21G/BL	24,400	97,600

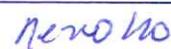
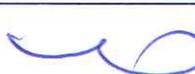
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	119,249
DESTINO : MINICONULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	119,249
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	22,657
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	141,906

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SEIS 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): DROGUERIA HOFMANN S. A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

4356053

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 08-04-2014

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	RECOLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	480	1,440
1	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594	10,594

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

DESTINO : MINICONULTORIO LOMA LARGA

PLAZO ENTREGA : 24 HORAS

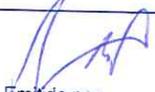
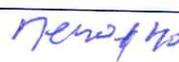
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140

FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CATORCE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

VALOR NETO	12,034
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	12,034
IVA	2,286
TOTAL FACTURA	14,320

 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: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

4731399

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

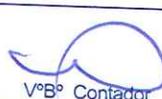
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,100	3,300
2	SONDA FOLEY 14 GENERICO UNIDAD	250	500

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : MINICONULTORIO LOMA LARGA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS

VALOR NETO 3,800
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 3,800
 IVA 722
 TOTAL FACTURA 4,522

 Emitido por	1120 110 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: 09-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

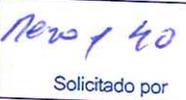
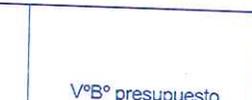
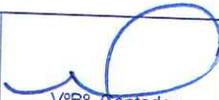
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	13,240
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pqs. 300mts x 20cms (10811)	13,195	13,195
12	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	211,356

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	251,751
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	251,751
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	47,833
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	299,584

MONTO : DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO 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.

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

4356053

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 sírvase despachar

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

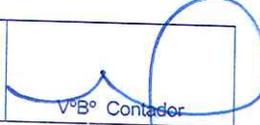
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°22	4,000	8,000
1	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594	10,594

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : VEINTIDOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS

VALOR NETO 18,594
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 18,594
 IVA 3,533
 TOTAL FACTURA 22,127

	<i>Ren Ho</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: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

4731399

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

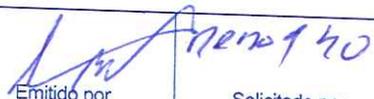
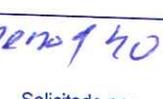
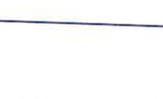
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700	6,800
2	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700	3,400
2	MASCARILLAS DESECHABLES DE 3 PLIEGUES ELASTICO RED. CAJ x 50 PCS.	500	1,000

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
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : TRECE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

VALOR NETO	11,200
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	11,200
IVA	2,128
TOTAL FACTURA	13,328

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

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	6,620
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pags. 300mts x 20cms (10811)	13,195	13,195
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	17,613

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : SESENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 51,388
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 51,388
 IVA 9,764
 TOTAL FACTURA 61,152

Emitido por <i>[Firma]</i>	Solicitado por <i>[Firma]</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador <i>[Firma]</i>
-------------------------------	----------------------------------	------------------	---------------------------------

[Firma]
 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.

09-04-2014

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

FECHA:

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

4460087

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-04-2014 sírvase despachar

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

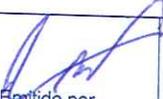
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS CHICA	340	680
4	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580	2,320

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
 DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : TRES MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS

VALOR NETO 3,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 3,000
 IVA 570
 TOTAL FACTURA 3,570

 Emitted by	neto 440 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

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

4356053

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 08-04-2014

sírvase despachar

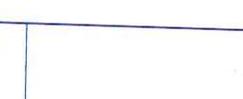
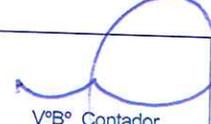
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

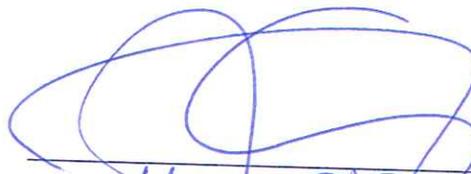
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594	31,782
3	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	13,818	41,454

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	73,236
DESTINO	: CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	73,236
LUGAR ENTREGA	: RIO LOA 8350	IVA	13,915
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	87,151
FORMA DE PAGO	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO	: OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y UN 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

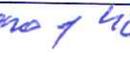
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700	6,800

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	6,800
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,800
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	1,292
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,092
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHO MIL NOVENTA Y DOS 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: 09-04-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 10-04-2014 sírvase despachar

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

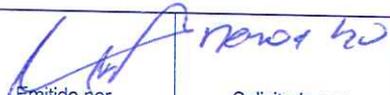
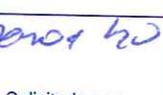
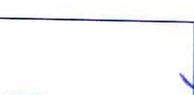
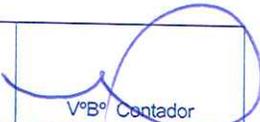
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,720	VASOS DESECHABLES	9	24,480

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
 DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : VEINTINUEVE MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS

VALOR NETO 24,480
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 24,480
 IVA 4,651
 TOTAL FACTURA 29,131

 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

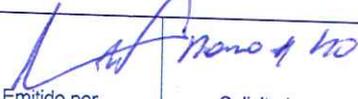
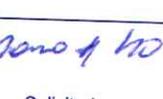
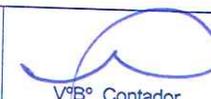
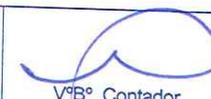
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	39,720
8	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	55,840
8	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	140,904
6	TOALLAS CLINIC ELITE BLANCA X 18 PQS.	13,195	79,170

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	315,634
DESTINO	: CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	315,634
LUGAR ENTREGA	: RIO LOA 8350	IVA	59,970
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	375,604

MON : TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070361

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): CRISTIAN CAMUS VALVERDE LTDA. 760023582

Dirección: LA AURORA 1027

Teléfono: 2202584

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 140718

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-04-2014 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	ELECTRODOS 42041 5X5 CM. CUADRADO	6,136.0	73,632

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTIDOS PESOS

VALOR NETO 73,632
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 73,632
 IVA 13,990
 TOTAL FACTURA 87,622

 Emitido por	<i>New Ho</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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

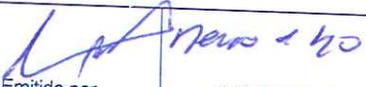
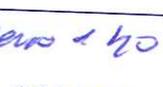
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	1,900	3,800

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS

VALOR NETO 3,800
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 3,800
 IVA 722
 TOTAL FACTURA 4,522

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

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

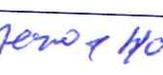
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	13,240
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	41,880

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	55,120
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,120
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	10,473
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,593
CONDICION	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 107414

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

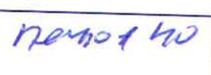
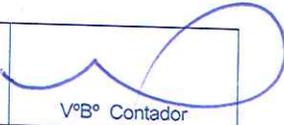
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ROLLO DE PAPEL ECG 63MM. X30MTS.	990	9,900

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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : ONCE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 9,900
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 9,900
 IVA 1,881
 TOTAL FACTURA 11,781

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

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

4356053

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 08-04-2014

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	CATETER MARIPOSAS 21G x 3/4	4,200.0	8,400
2	GEL ULTRASONIDO BIDON X 5 KG.	3,510.0	7,020
2	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°18	4,000.0	8,000
1	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N°20	4,000.0	4,000
20	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 18 B-D x 30mm	10,650.0	213,000
20	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 20 B-D x 30mm	10,650.0	213,000
20	INSYTE CATETER BRANULAS CORTA CAJAS x 50 PCS. N° 22 B-D x 25mm	10,650.0	213,000
6	JERINGA DESECHABLE 10 CC BD CAJA X 100	4,900.0	29,400
30	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	3,700.0	111,000
10	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 10 X 5	650.0	6,500
10	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 12 X 5	650.0	6,500
1	SUTURAS NYLON TRIANGULO 3/0 TC-25 X 36	17,280.0	17,280
1	SUTURAS NYLON TRIANGULO 4/0 TC-25 X 36	17,280.0	17,280
1	SUTURAS NYLON TRIANGULO 5/0 TC-15 X 36	17,280.0	17,280
1	SUTURAS SEDA NEGRA TRENZADA TRIANGULO 2/0 TC-2 5 X 36	16,200.0	16,200
1	SUTURAS SEDA NEGRA TRENZADA TRIANGULO 4/0 TC-2 0 X 36	16,200.0	16,200
1	SUTURAS SEDA NEGRA TRENZADA TRIANGULO 5/0 TC-1 5 X 36	16,200.0	16,200
1	SUTURAS SEDA NEGRA TRENZADA TRIANGULO 6/0 TC-1 3 X 36	16,200.0	16,200
10	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594.0	105,940
10	TUBO ENDOTRAQUEAL - TRAQUEAL N° 4.5	290.0	2,900
10	TUBO ENDOTRAQUEAL - TRAQUEAL N° 7.5	360.0	3,600

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	1,048,900
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,048,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	199,291
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,248,191

MONTO : UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 07-04-2014 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	CANULA YANCAHUER PHASCO UNIDAD	440	4,400
3	GORROS CLINICOS DESECHABLES CAJ X 50 UND.	990	2,970
5	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700	8,500
5	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700	8,500
30	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	33,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,100	22,000
2	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS CORTA M	1,900	3,800
6	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	1,900	11,400

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	94,570
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	94,570
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	17,968
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	112,538

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CIENTO DOCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 863833000

FECHA: 09-04-2014

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** 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
50	MASCARILLAS OXIG. AD. MULTI VENT N° 1088	1,130	56,500

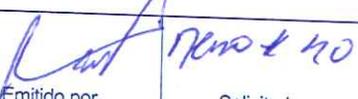
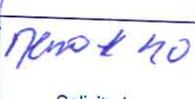
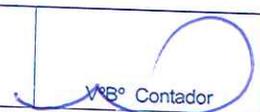
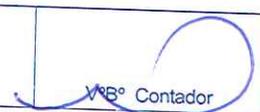
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	56,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	56,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,735
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,235

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

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

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 04

y/o ejecutar, 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 HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	198,600
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	13,960
18	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pqs. 300mts x 20cms (10811)	13,195	237,510

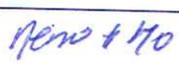
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	450,070
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	450,070
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	85,513
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	535,583

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES 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 AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 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	AGUJA DESECHABLE 21 G X 1 1/2 BD CAJA X 100		
5	AGUJA DESECHABLE 25 G X 1 BD CAJA X 100	1,300	13,000
8	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-0	1,300	6,500
	1A/A-21G/BL	24,400	195,200
1	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N: 7		
3	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N: 7 1/2	8,100	8,100
1	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N: 8	8,100	24,300
15	JERINGA DESECHABLE 3 CC BD CAJA X 150	8,100	8,100
		3,000	45,000

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 : 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 VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 300,200
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 300,200
 IVA 57,038
 TOTAL FACTURA 357,238

Emitido por *[Signature]*
 Solicitado por *[Signature]*
 V°B° presupuesto *[Signature]*
 V°B° Contador *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): DMED S. A. 995639807

Dirección: LOS LEONES 2376

2409010

At.: Sr. CRISTIAN INFANTE

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1538

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

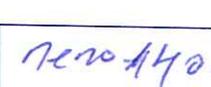
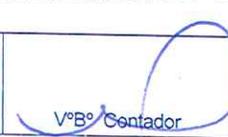
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	FIJADOR AUTOMATICO G 3341 2X20 VAR	20,392	40,784
20	PLACAS MAMORAY 18X24 CM. VAR	35,000	700,000
5	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 24X30 CM. VAR	27,302	136,510
7	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 35X43 CM. VAR	48,044	336,308
2	REVELADOR AUTOMATICO G 138 2X20 VAR	24,546	49,092

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	1,262,694
DESTINO	: CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,262,694
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	239,912
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,502,606

MON : UN MILLON QUINIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS SEIS PESOS

		
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

070351

154

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

4356053

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-04-2014 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	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	3,510	10,530
4	PRESERVATIVOS SIN LUBRICAR USO GINECOLOGICO X 100	6,400	25,600

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	36,130
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,130
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	6,865
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,995

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO 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): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

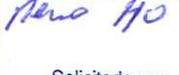
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	4,400
4	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA L	1,100	4,400
4	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,100	4,400

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	13,200
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	2,508
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,708
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : QUINCE MIL SETECIENTOS OCHO 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): ACE SISTEMAS MEDICOS LTDA. 761413996

Dirección: VISTA HERMOSA 310 A

At.: Sr. ALFONSO COFRE
De acuerdo a su cotización N° 1885

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-04-2014 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	ROLLO DE ECOGRAFIA UPP 110 HG	8,500	255,000

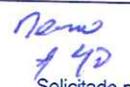
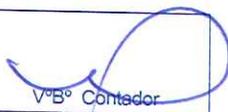
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	 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): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 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 JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	13,240
10	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	69,800
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pags. 300mts x 20cms (10811)	13,195	13,195

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	96,235
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	96,235
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,285
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	114,520

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CATORCE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS

	<i>Noro + NO</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): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-04-2014 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	SAQUITOS DE PAPEL 1/4 blancos PAQ. X 1000	3,960	39,600

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

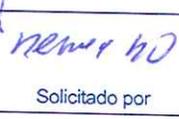
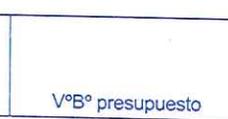
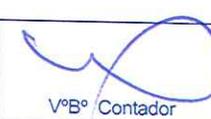
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 39,600
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 39,600
 IVA 7,524
 TOTAL FACTURA 47,124

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTICUATRO 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: 09-04-2014

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° 070414 de Fecha 07-04-2014 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	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	9,000	90,000
20	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100	162,000

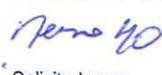
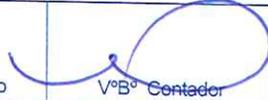
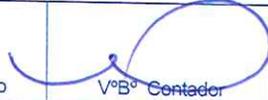
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	252,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	252,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	47,880
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	299,880

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 107414

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-04-2014 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
240	ESPECULO DESECHABLE 22mm.	390	93,600
240	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390	93,600

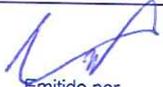
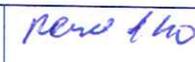
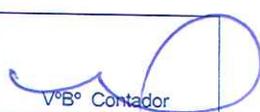
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	187,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	187,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	35,568
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	222,768

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 10-04-2014 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	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	2,600	26,000

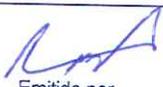
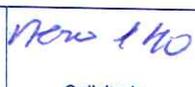
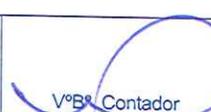
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	26,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	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	 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): 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 08-04-2014 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	BRANULA N 18, INSYTE BD CAJA X 50	10,650	10,650
4	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	3,510	14,040
3	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N 6 1/2	8,750	26,250
3	JERINGA 5 CC. TERUMO X 100	3,700	11,100
4	JERINGA DESECHABLE 20 CC PUNTA CATETER CAJA	21,250	85,000
5	MARIPOSA N 21 GENERICO CAJA X 50	4,200	21,000
5	MARIPOSA N 23 GENERICO CAJA X 50	4,200	21,000
5	PRESERVATIVOS SIN LUBRICAR USO GINECOLOGICO X 100	6,400	32,000
25	RECOLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	480	12,000
10	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N 08 X 5	650	6,500
10	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N 10 X 5	650	6,500
5	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	10,594	52,970
5	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	13,818	69,090

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	368,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	368,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	69,939
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	438,039

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TREINTA 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 07-04-2014 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	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA L	1,700	17,000
80	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700	136,000
40	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700	68,000
40	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	44,000
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,100	11,000
100	PECHERAS PLASTICAS DESECHABLES MANGA LARGA	148	14,800

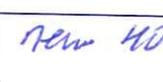
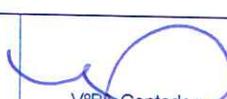
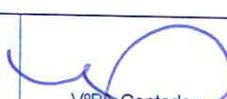
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	290,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	290,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	55,252
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	346,052

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y DOS 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: 09-04-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 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	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900	36,000
10	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (CHINO)	3,630	36,300

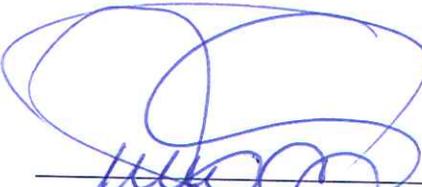
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 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 : OCHENTA Y SEIS MIL TREINTA Y SIETE PESOS

VALOR NETO 72,300
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 72,300
 IVA 13,737
 TOTAL FACTURA 86,037

 Emitido por	<i>new 140</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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 04 de Fecha 09-04-2014 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	AQUACEL AG 15X15 CJ.X5 UD.	70,000	210,000
10	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESI VO 10X20 CM. CJX10	29,750	297,500

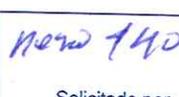
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONQ: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	507,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	507,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	96,425
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	603,925

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO 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: 09-04-2014

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 9525
 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 07-04-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ADAPTIC TULL IMPREGNADO NO ADHERENTE 7.5 X 7.5 CJX50	14,157	42,471
3	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 9.5X9.5 CM. CJX10	56,439	169,317
1	FIBRACOL* PLUS APOSITO COLAGENO Y ALGINATO 10 x 12cm. CJ/12	83,470	83,470

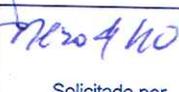
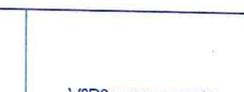
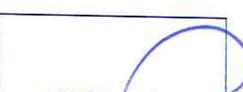
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	295,258
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	295,258
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	56,099
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	351,357

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE 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: 09-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-04-2014 sírvase despachar

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

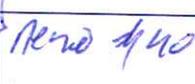
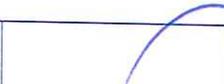
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613	123,291

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	123,291
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	123,291
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	23,425
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	146,716
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS DIECISEIS 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: 09-04-2014

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° 1 de Fecha 08-04-2014 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	ALCOHOL 70 CAJA X 15 LT	13,800	55,200
50	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580	29,000
1	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N 7	8,100	8,100
3	JERINGA 10 CC. TERUMO X 100	4,800	14,400
6	TEGADERM AGMESH 3M CAJA	31,864	191,184
4	TEGADERM ALGINATO AG 3M CAJA	60,983	243,932

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	541,816
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	541,816
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	102,945
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	644,761

SON : SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y UN 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): LUIS ALBERTO ROKY LABORIE 064377329

Dirección: NAPOLEON 3565 OF. 1505

Teléfono:

At.: Sr. EDUARDO ROKY

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 31-03-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 04

y/o ejecutar, 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	1,600	3,200
2	FARMAFIX 15 CM x 10 MT.	5,400	10,800

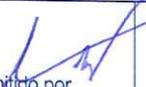
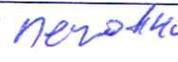
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

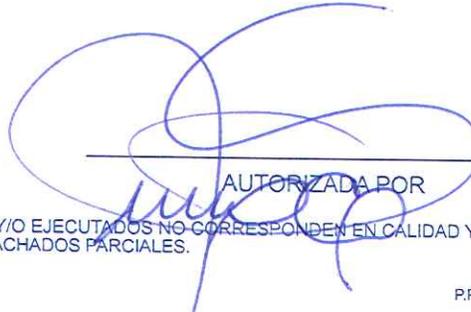
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	14,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	2,660
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,660

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS

 Emitido por	 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.

070335

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 09-04-2014 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	ASKINA CARBOSORB 10 X 10 CJ 10UNID	45,000	270,000
6	ASKINA SRB MECHA ROLLOS 2,7 X 34 CM.	22,000	132,000
5	ASKINA SORB PARCHE 10X10CM.	27,000	135,000

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

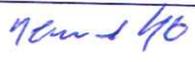
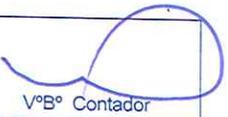
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 537,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 537,000
 IVA 102,030
 TOTAL FACTURA 639,030

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

15-4

070334

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 107414

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 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	ROLLO DE PAPEL ECG 63MM. X30MTS.	990	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 : 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 19,800
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 19,800
 IVA 3,762
 TOTAL FACTURA 23,562

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS 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: 09-04-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 10-04-2014 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	VENDA DE GASA ELASTOMULL 10CM.X4MT.	261	156,600
30	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	2,600	78,000

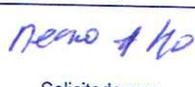
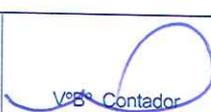
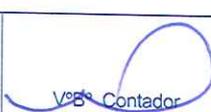
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	234,600
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	234,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	44,574
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	279,174

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA 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): 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 08-04-2014 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	10,594	105,940
10	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 12 X 5	650	6,500
10	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 10 X 5	650	6,500
2	GEL ULTRASONIDO BIDON X 5 KG.	3,510	7,020
100	FUNDAS DE LATEX PARA ECOGRAFIA VAGINAL ECOFUND A	64	6,400
2	CATETER MARIPOSAS 21G x 3/4	4,200	8,400
30	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	3,700	111,000
6	JERINGA DESECHABLE 10 CC BD CAJA X 100	4,900	29,400
1	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N° 20	4,000	4,000
2	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N° 18	4,000	8,000

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	293,160
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	293,160
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	55,700
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	348,860

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS

 Emitido por	<i>new 4 to</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.

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 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	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	1,900	11,400
2	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS CORTA M	1,900	3,800
80	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700	136,000
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700	51,000
3	GORROS CLINICOS DESECHABLES CAJ X 50 UND.	990	2,970
30	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,100	33,000
40	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,100	44,000

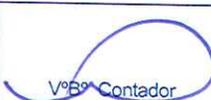
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	282,170
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	282,170
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	53,612
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	335,782

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS 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.



ORDEN DE COMPRA

15-4

070330

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-04-2014 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	SAF-GEL	7,350	73,500
10	AQUACEL AG 15X15 CJ.X5 UD.	70,000	700,000
20	AQUACEL AG 5 x 5 CJ 10 UNID.	44,800	896,000
2	AQUACEL FOAM NO ADHESIVO APOSITO DE ESPUMA HYD ROFIBER NO ADHESIVO	29,750	59,500
20	AQUACEL 5X5 PKX10	39,200	784,000
10	DUODERM EXTRA THIN 10X10	21,840	218,400

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	2,731,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,731,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	518,966
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,250,366

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS - 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

154

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

2124594

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 9525

de Fecha 07-04-2014 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	APOSITO HIDROPOLIMERO ADHESIVO TIELLE 7 x 9cm. CJ/10	31,145	31,145

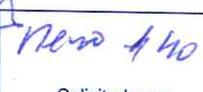
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	31,145
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,145
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,918
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,063

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y SIETE MIL SESENTA 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.

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

8510922

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 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	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BALNCOS PAQ. X 1000	5,500	27,500
40	SAQUITOS DE PAPEL 1/4 blancos PAQ. X 1000	3,960	158,400

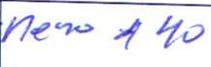
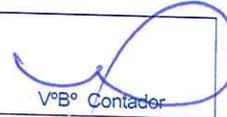
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	185,900
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	185,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	35,321
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	221,221

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTIUN MIL DOSCIENTOS VEINTIUN 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): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-04-2014 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	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980	244,300
30	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620	198,600
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195	65,975

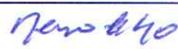
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106	MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	508,875
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS		SUB-TOTAL	508,875
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	96,686
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	605,561

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN 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: 09-04-2014

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° 1 de Fecha 08-04-2014 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	AGUJA DESECHABLE 21 G X 1 1/2 BD CAJA X 100	1,300	13,000
5	AGUJA DESECHABLE 25 G X 1 BD CAJA X 100	1,300	6,500
1	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N: 7	8,100	8,100
3	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N: 7 1/2	8,100	24,300
15	JERINGA DESECHABLE 3 CC BD CAJA X 150	3,000	45,000
1	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N: 8	8,100	8,100

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	105,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	105,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,950
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	124,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	<i>Renzo Ho</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.

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° de Fecha **sírvase despachar**

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
360	ATORVASTATINA 10 MG x 30 COMP.	321.0	115,560

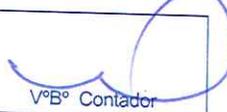
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	115,560
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	115,560
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	21,956
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	137,516

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS

 Emitido por	<i>Pero #39</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.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,130	ATORVASTATINA 10 MG. x 30 COMP.	321.0	362,730

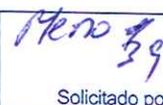
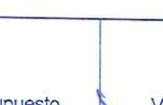
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	362,730
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	362,730
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	68,919
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	431,649

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE 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.

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 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	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	14,850

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

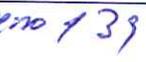
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

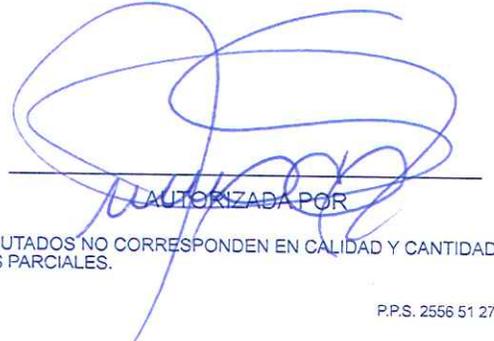
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 14,850
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 14,850
 IVA 2,822
 TOTAL FACTURA 17,672

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS 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: 09-04-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 04

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

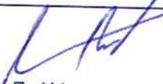
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	COLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	29,700

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	29,700
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,643
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,343

SON : TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	1107139 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): LABORATORIO SANDERSON S. A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-04-2014 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	SUERO GLUCOSALINO 500ML CJX20	6,800.0	6,800
1	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	6,400

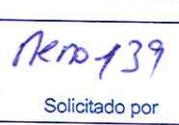
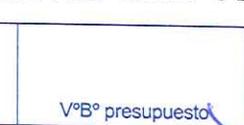
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	13,200
DESTINO : MINICONULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,508
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,708

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINCE MIL SETECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-04-2014

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° 04 de Fecha 08-04-2014 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	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	19,800

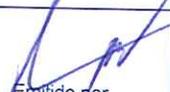
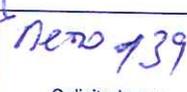
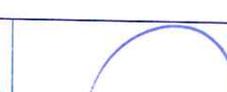
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	19,800
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,762
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,562

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS 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: 09-04-2014

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

Dirección: CALLE NUEVA 5319

6234334

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 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	HISTOACRIL SUTURA PEG. 10 CC x 5 FRASCOS	50,000.0	100,000

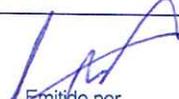
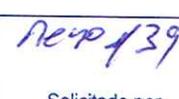
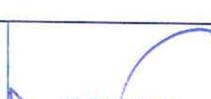
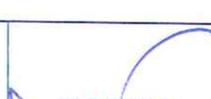
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	100,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	100,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	119,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECINUEVE MIL 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): PHARMA INVESTI DE CHILE S.A. 945440007

Dirección: ANDRES BELLO 1495

3405856

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
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
4	VIADIL SIMPLE 5 MG / 1 ML X 100 AMP	41,400.0	165,600

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
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 165,600
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 165,600
IVA 31,464
TOTAL FACTURA 197,064

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	Rezo 439 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: 09-04-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

4627017

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-04-2014 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
28	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	179,200
29	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.0	174,000
1	GLUCOSA 30 % X 20 ML 0 cjx50	13,000.0	13,000
22	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	108,900

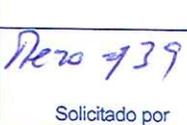
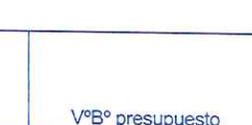
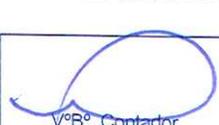
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	475,100
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	475,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	90,269
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	565,369

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS 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.

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	29,000.0	145,000
9	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML cjx100	6,000.0	54,000
2	LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX100	4,000.0	8,000
4	HIDROCORTISONA 100 MG.X50	23,000.0	92,000
5	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.0	30,000
1	BETAMETASONA 4 MG/ML cjx100	8,500.0	8,500

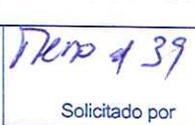
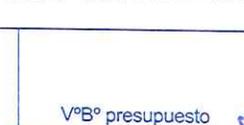
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	337,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	337,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	64,125
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	401,625

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS UN MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO 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): NOVARTIS CHILE S.A. 83002400K

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 320
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 04-04-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	TIETILPERAZINA 6,5 MG. CJ * 5 AMP.	9,440.0	188,800

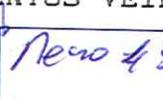
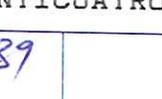
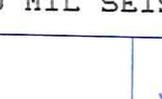
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	188,800
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	188,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	35,872
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	224,672

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS 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: 09-04-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At: Sr:
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-04-2014 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	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	19,200
3	CLORURO DE SODIO 0.9% 250 ML. FLEX	19,500.0	58,500
3	CLORURO DE SODIO 0,9% 100 ML. cjX20	7,200.0	21,600

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

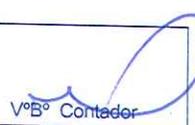
No se acepta la factorización del pago de este documento. -

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

VALOR NETO	99,300
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	99,300
IVA	18,867
TOTAL FACTURA	118,167

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECIOCHO MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	Nº 39 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 04

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

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

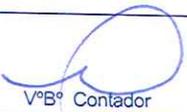
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.0	6,000

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

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

 Emitido por	Numero 139 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

114

070312

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG / 1 ML cjx100	6,200.0	6,200
1	LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX100	4,000.0	4,000
2	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.0	12,000
3	CIANOCOBALAMINA (B12) 100 MG cjx100	6,200.0	18,600

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	40,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,752
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,552

SON : CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS 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.

070311

FECHA: 09-04-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-04-2014 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	SUERO GLUCOSALINO 500ML CJX20	6,800.0	13,600
7	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	44,800
6	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.0	36,000
22	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	108,900

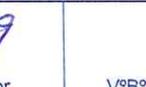
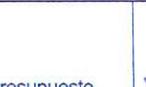
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	203,300
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	203,300
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	38,627
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	241,927

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE PESOS

 Emtido 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

070310

FECHA: 09-04-2014

Señor(es): OPKO CHILE S.A. 766696309

Dirección: AGUSTINAS 640 PISO 10

Teléfono: 4381515

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 04

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 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	AGUA BIDEUTILADA 5 CC/CJ*100	3,900.0	7,800

[Handwritten signature]

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	7,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,482
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,282
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS		

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

PROVEEDOR

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

10.4

070309

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): TRANSPORTES MELENDEZ Y CIA. LTDA. 773117500

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

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	TRANSPORTE POR SEMINARIO A MARBELLA PAUL HARRIS	260,000.00	520,000
	S		

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 : 424114 SEMIN.Y ENCUNTROS
 DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATO
 LUGAR ENTREGA : AVDA.CRISTOBAL COLON 9188
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 520,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 520,000
 IVA 0
 TOTAL FACTURA 520,000

SON : QUINZENTOS VEINTE MIL PESOS

Emido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

2

Señor(es): GASCO GLP S.A. 965687408

Dirección: SANTO DOMINGO 1061

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
2,800	CARGA DE ESTANQUE GAS GRANEL	538.1	1,506,680

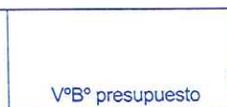
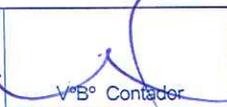
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,506,680
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,506,680
 IVA 286,269
 TOTAL FACTURA 1,792,949

SON : UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE - PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:


 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 *Env. 8.04.14*

070302

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): INVERSIONES ADMIRAL LIMITADA 763446506

Dirección: LOS LEONES 952 H

Teléfono: 2231 3909

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
900	PENDRIVE CON FORMA DE EQUIPO DE FUTBOL 4 GB.	5,345.00	4,810,500

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 : 424121 EXTRAESC. ESC. DEPORTIVAS	VALOR NETO	4,810,500
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,810,500
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	913,995
FORMA DE PAGO : 50% ANTICIPO Y SALDO CONTRA ENTREGA	TOTAL FACTURA	5,724,495
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y - CINCO PESOS

	MEMO # 178		
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): SERCOFAR S. A. 766307507

Dirección: SAN FRANCISCO 1599

Teléfono:

At.: Sr. FREDDY MILLA

**** 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
9	POLIVITAMINICO x 1000 COMP.	23,000.0	207,000

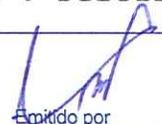
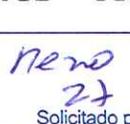
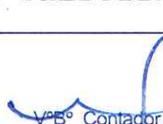
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	207,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	207,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	39,330
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	246,330

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): SERCOFAR S. A. 766307507

Dirección: SAN FRANCISCO 1599

Teléfono:

At: Sr. FREDDY MILLA
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
26	POLIVITAMINICO x 1000 COMP.	23,000.0	598,000

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

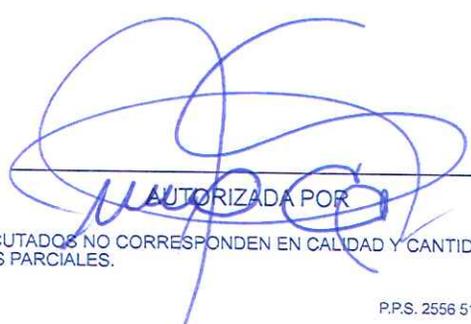
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 598,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 598,000
IVA 113,620
TOTAL FACTURA 711,620

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SETECIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS VEINTE 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.



ORDEN DE COMPRA

070299

(Handwritten mark)

FECHA: 08-04-2014

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	JUGOS WATTS	710.08	4,260

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 : 425123 GASTOS EN COLACIONES
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CINCO MIL SESENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 4,260
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 4,260
 IVA 809
 TOTAL FACTURA 5,069

<i>(Signature)</i> Emitido por	<i>Aero 233.</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	<i>(Signature)</i> V°B° Contador
-----------------------------------	------------------------------------	------------------	-------------------------------------

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

Señor(es): G3 S.A. 967582808

Dirección: SIMON BOLIVAR 4931

Teléfono: 2662538

At.: Sr.: JOSE ANTONIO GURIDI
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.

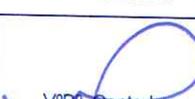
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SISTEMA PSICOFAS-EDUCACION - SOFTWARE Y ESCANER	1,084,034.00	1,084,034

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	1,084,034
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,084,034
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	205,966
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,290,000

SON : UN MILLON DOSCIENTOS NOVENTA 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-04-2014

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.

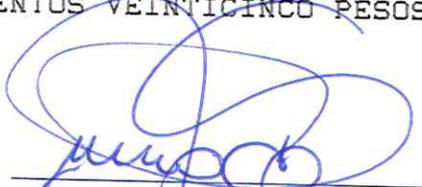
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4,500	LOSARTAN POTASICO 50 MG. x 30 COMP.	315.0	1,417,500

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	VALOR NETO	1,417,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,417,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	269,325
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,686,825
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTON : UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO 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

10.4

070296

FECHA: 08-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESODORANTE LIQ. X SLTS FRUTAL WINZA-150D	9,675.00	29,025
3	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	4,950

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 : 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
 SDN : CUARENTA MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS

VALOR NETO 33,975
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 33,975
 IVA 6,455
 TOTAL FACTURA 40,430

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.



ORDEN DE COMPRA

10.4

070295

08-04-2014

FECHA:

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

7386979

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

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

de Fecha 03-04-2014 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)	215.00	5,805
5	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	20,000
9	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	14,850

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	40,655
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,655
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	7,724
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,379

SON : CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SETENTA 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: 08-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

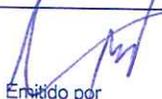
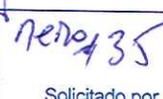
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	215.00	4,300
10	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	40,000
2	PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (WINZA)	4,050.00	8,100
1	REMOVEDOR DE CERAS ENV. 20 LTS. WINZA-092	20,572.00	20,572

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	72,972
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	72,972
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	13,865
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	86,837

SON : OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE 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.



ORDEN DE COMPRA

104

070293

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	15,234
6	MULTIUSO ALTO PODER ENV. 5 LTS. WINZA-131	5,307.00	31,842

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

VALOR NETO 47,076
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 47,076
 IVA 8,944
 TOTAL FACTURA 56,020

Emisor	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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-04-2014 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	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	215.00	6,450
6	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	30,468
8	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	32,000
8	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	13,200

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	82,118
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	82,118
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	15,602
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97,720
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS		

Emidio 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: 08-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

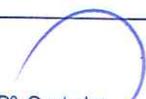
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	5,078

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SEIS MIL CUARENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 5,078
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 5,078
 IVA 965
 TOTAL FACTURA 6,043

 Emitido por	<i>Neto 35</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.

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 03-04-2014 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)	215.00	2,150
1	DESINCRUSTANTE X 5 LTS WINZA-110	5,313.00	5,313
5	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	20,000
6	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,650.00	9,900
2	PORTAMOPA HUMEDO METALICO M/FIERRO (WINZA)	3,500.00	7,000
2	REMOVEDOR DE CERAS ENV.20 LTS. WINZA-092	20,572.00	41,144

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	85,507
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	85,507
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	16,246
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,753

SON : CIENTO UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES 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.

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

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

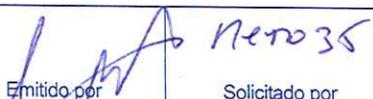
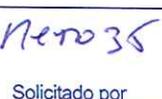
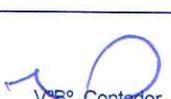
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAD ROJO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (W INZA)	4,050.00	8,100

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,100
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,100
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	1,539
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,639

SON : NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA 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: 08-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización Nº 1 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

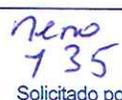
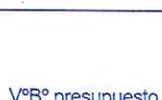
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	7,614
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	13,240

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	20,854
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,854
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	3,962
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,816

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

 Emitido por	 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: 08-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	15,228

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	15,228
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,228
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,893
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,121

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECIOCHO MIL CIENTO VEINTIUN PESOS

 Emitido por	<i>Nemo 435</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.

FECHA: 08-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

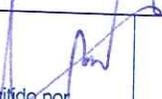
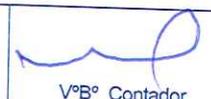
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	31,312

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	31,312
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,312
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	5,949
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,261
SON : TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS		

Emiteo por 	Solicitado por <i>Neno 35</i>	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.

070285

08-04-2014

FECHA:

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

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

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

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

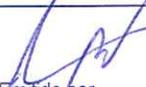
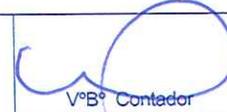
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	132,400

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	132,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	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>neto 435</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------------	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

070284

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-04-2014 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.	7,828.00	15,656
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	15,228
6	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	12,680.00	76,080
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	66,200
20	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,278.00	105,560

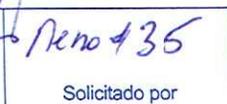
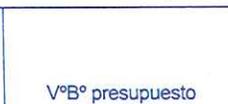
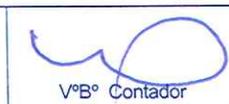
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	278,724
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	278,724
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	52,958
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	331,682

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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: 08-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

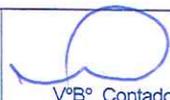
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	39,720

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	39,720
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,720
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	7,547
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,267

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

 Emtido por	no 135 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.

070282

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	12,680.00	12,680
20	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,249.00	104,980
20	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	132,400
5	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	34,900

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	284,960
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	284,960
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	54,142
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	339,102
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO DOS PESOS		

 Emitido por	772646909 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.

070281

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-04-2014 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. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	23,484
6	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,249.00	31,494
1	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 PGS.)	13,195.00	13,195
12	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	83,760

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	151,933
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	151,933
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	28,867
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	180,800

SON : CIENTO OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

Entido 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: 08-04-2014

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 03-04-2014 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	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,249.00	62,988

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	62,988
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	62,988
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	11,968
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	74,956
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS		

 Emitido por	<i>Mena 135</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.

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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 X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	15,228
4	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	26,480

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	41,708
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,708
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	7,925
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,633

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

 Emitido por	Nero 435 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): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

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

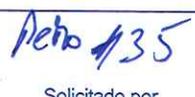
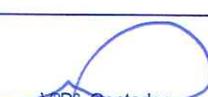
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,249.00	52,490

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	52,490
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	52,490
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	9,973
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,463

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

 Emisor 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): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 **de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar**
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

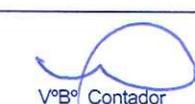
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	12,680.00	25,360
4	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 PQS.)	13,195.00	52,780

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE 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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	78,140
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,140
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	14,847
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	92,987

SON : NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE 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): 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
3,600	LOSARTAN POTASICO 50 MG. x 30 COMP.	315.0	1,134,000

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,134,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,134,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	215,460
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,349,460

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS 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.

Señor(es): CINTHIA DENNIS JARA GRANDON 136052470

Dirección: AV. OSSA 695 DEPTO. 402-A

Teléfono:

At.: Sr.: hrparedes@123mail.cl
De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	DELANTALES PARA DOCENTES	14,000.00	126,000

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

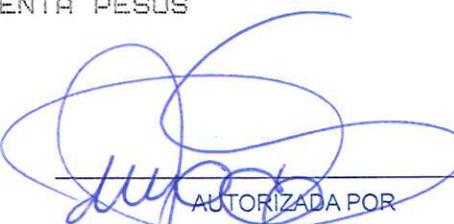
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	126,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	126,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	23,940
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	149,940

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	<i>new</i> 253. 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): SERVICIOS Y ASESORIAS GRAFICAS IMPRIMARTE LTDA. 760907898

Dirección: APOQUINDO 6415 LOCAL 90

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

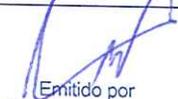
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	CREDENCIAL PVC IMPRESION 4/0 PERSONALIZADO	2,450.00	22,050
9	CINTA LANYARD 1.5 CM SIN IMPRESION TERMINACION MINI LOOP CLIP L001	450.00	4,050
9	PORTA CREDENCIAL RIGIDO SIMPLE F001	450.00	4,050

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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	30,150
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	30,150
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	5,729
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,879

SON : TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	<i>Neno 253.</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------------	----------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

070273

FECHA: 08-04-2014

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
1	HP ELITE BOOK 8470p i7-3540M 4GB 500GB 14" W7 64	809,349.00	809,349

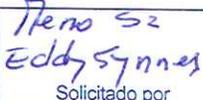
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	809,349
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	809,349
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	153,776
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	963,125

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO VEINTICINCO 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: 08-04-2014

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 02-04-2014 sírvase despachar

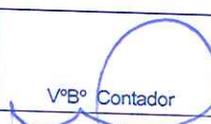
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	FRESA PEESO MAILLEFER X 6 U		
5	FRESA GATES 1 MAILLEFER	6,500.0	19,500
5	FRESA ENDO Z A/V MAILLAFER	6,500.0	32,500
2	FORCEP RECTO ANTERIOR FINO	5,540.0	27,700
2	FORCEP RECTO ANTERIOR MEDIANO	3,690.0	7,380
1	BLOCK MEZCLA DYCAL	3,690.0	7,380
6	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	510.0	510
7	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	9,700.0	58,200
8	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML	9,700.0	67,900
		4,290.0	34,320

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 : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A=	VALOR NETO	255,390
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	255,390
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	48,524
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	303,914
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRESCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS		

 Emitido por	104 no 36 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

070271

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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	HIPOCLORITO 5%	872.0	5,232
2	GOMA DIQUE SXS VERDE	3,740.0	7,480
2	ESPATULAS DE CERA	470.0	940

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 : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	13,652
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,652
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,594
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,246

SON : DIECISEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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° 1 de Fecha 03-04-2014 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	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.0	8,400
3	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,824.0	11,472
3	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,680.0	11,040
2	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	10,420

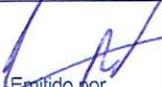
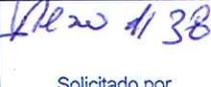
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	41,332
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,332
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	7,853
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,185

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-04-2014

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 03-04-2014 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	LIMAS K 15-40 25 MM		
3	LIMAS K 08 EN 25 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	5,126.0	41,008
3	LIMAS K N: 15 en 25 MM.	5,126.0	15,378
1	FRESON PEESO II	5,126.0	15,378
5	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	9,916.0	9,916
2	ENDO ICE	1,244.0	6,220
2	CONOS GUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	14,118.0	28,236
1	AGUJA CORTA CJ/100	2,185.0	4,370
		3,193.0	3,193

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. -

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	123,699
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	123,699
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	23,503
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	147,202

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS DOS PESOS

<i>[Signature]</i> Emitido por	<i>[Signature]</i> Solicitado por	<i>[Signature]</i> V°B° presupuesto	<i>[Signature]</i> 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.

[Signature]
AUTORIZADA POR

FECHA: 08-04-2014

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 03-04-2014 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 AUTOCURADO CHEMFILL	13,277.0	26,554
2	MONOJET (CURVED TIP) x 100 UN.	23,950.0	47,900
1	MICROPILCELES DENBUR X 150 MORADO UDS.	3,613.0	3,613
3	CEMENTO ENDODONTICO TOP SEAL DENSPLY	32,353.0	97,059

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 : 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 : DOSCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS

VALOR NETO 175,126
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 175,126
 IVA 33,274
 TOTAL FACTURA 208,400

 Emitido por	<i>nerod 3B</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.

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° 19305 de Fecha 04-04-2014 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	PERNOS MOOSER X 25 U MAILLEFER	13,500.0	27,000
1	GLIDE DENSPLY	24,630.0	24,630
3	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	3,950.0	11,850
2	CONOS GUTAPERCHA 35 AL 2%	5,734.0	11,468
1	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.0	10,532

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 : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	85,480
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	85,480
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	16,241
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,721

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO UN MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS

	new 36	
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 19305

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-04-2014 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	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCO	18,750.0	93,750
1	ULTRACALL 4 JERINGAS DE 1.2 ML. + PUNTAS DE AP LICACION	39,390.0	39,390
1	OPALDAM 4 JERINGAS COD. 00325-0	27,730.0	27,730
3	LYNAL ACONDICIONADOR DE TEJIDO	31,000.0	93,000

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 : 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 : TRESCIENTOS DOS MIL CIENTO CINCO PESOS

VALOR NETO 253,870
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 253,870
IVA 48,235
TOTAL FACTURA 302,105

Emitido por

Solicitado por

V°B° presupuesto

V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-04-2014

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 02-04-2014 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	PINZA ANATOMICA PUNTA RECTA	800.0	8,000
1	FRESA PARA HUESO CARBURO PIEZA DE MANO MAILLEF ER HM161-104	5,500.0	5,500
1	FRESA EXTRA LARGA DIAMANTE A/V 852 Ø10 MEISING ER	1,500.0	1,500
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø14	1,190.0	7,140
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- Ø18	1,190.0	7,140
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- Ø16	1,190.0	7,140
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- Ø12	1,190.0	7,140
1	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	8,700.0	8,700

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	52,260
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	52,260
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,929
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,189

SON : SESENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

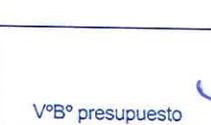
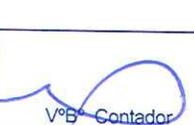
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PINZA RATON QUIRURGICA	714.0	7,140
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	5,210
400	VASO DESECHABLES	9.0	3,600

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	15,950
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,950
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,031
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,981
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

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

De acuerdo a su cotización N° 1

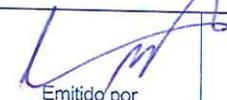
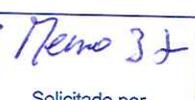
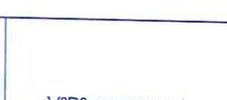
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

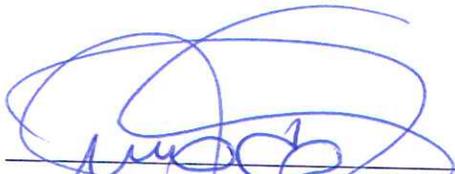
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	MASCARILLAS DESECHABLES CJ*50	924.0	4,620
3	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO COLOR UNIVERSAL	13,277.0	39,831
1	ALGODONERO ACRILICO P/LIMPIO	3,697.0	3,697

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	48,148
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	48,148
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,148
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	57,296
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS 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.



ORDEN DE COMPRA

18-4

070262

FECHA: 08-04-2014

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° 19305 de Fecha 04-04-2014 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	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350.0	20,350
1	JERINGA DESECHABLE 5 CC X 100 U B.D.	3,500.0	3,500
2	HIPÓCLORITO DE SODIO 4% LITRO	990.0	1,980
10	TIJERA P/SUTURA	750.0	7,500
10	TIJERA CIRUJIA	730.0	7,300

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	40,630
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,630
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,720
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,350
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA 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.

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-04-2014 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	9.0	18,000

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 : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

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

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS

	<i>Nexo 431</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): 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 02-04-2014 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	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD REDONDA		
10	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA TALLO LARGO 021	1,500.0	15,000
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	1,480.0	14,800
10	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-022	1,190.0	23,800
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-018	1,400.0	14,000
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-016	1,190.0	35,700
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-012	1,190.0	35,700
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-010	1,190.0	23,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	1,190.0	23,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	1,090.0	21,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	1,090.0	21,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 012	1,090.0	21,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 023	1,090.0	21,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 010	1,090.0	21,800
10	FRESA ARKANZAS PINO A/V	1,090.0	21,800
20	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA (AMARILLA) 862-C-012	1,510.0	15,100
		1,520.0	30,400
12	FRESA ALTA VELOCIDAD CILINDRICA DIAMANTE 808 - 014	1,520.0	18,240
12	FRESA ALTA VELOCIDAD CILINDRICA DIAMANTE 835 - 016	1,190.0	14,280
30	BLOCK MEZCLA DICAL	510.0	15,300
5	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	9,700.0	48,500

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 : 421107 MAT. DENTAL
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 459,220
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 459,220
IVA 87,252
TOTAL FACTURA 546,472

MONTO : QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-04-2014

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 Nº 1 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

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

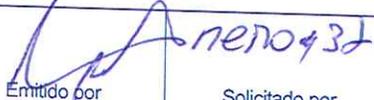
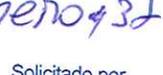
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,500	VASO DESECHABLES		
10	VASO DAPPEN VERDE	9.0	13,500
10	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	239.0	2,390
10	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	840.0	8,400
10	DURAPHAT COLGATE	1,350.0	13,500
4	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	21,406.0	214,060
25	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	5,210.0	20,840
		1,072.0	26,800

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. -

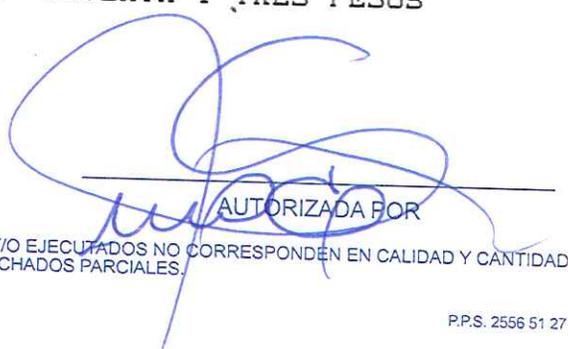
CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	299,490
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	299,490
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	56,903
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	356,393

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

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

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

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

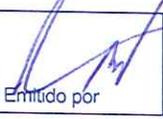
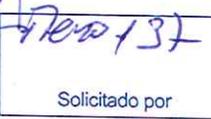
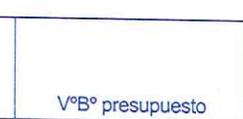
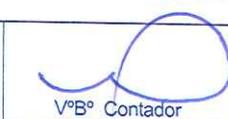
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PORTA DISCO SOFLEX		
10	LIMAS K 15-40 25 MM	1,765.0	17,650
7	LIMAS H 15-40 25 MM MAILLEFER	5,126.0	51,260
5	LIMAS K N 20 25 MM MAILLEFER	4,538.0	31,766
10	LIMAS K N 15 en 25 MM.	5,126.0	25,630
10	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	5,126.0	51,260
15	CUBETAS MEDIANAS AMARILLAS X 20 UD.	1,244.0	12,440
5	CLORHEXIDINA 2% SOLUCION (LITRO)	2,521.0	37,815
5	CEMENTO FOSFATO LIQ/POLVO	2,941.0	14,705
		4,706.0	23,530

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	266,056
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	266,056
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	50,551
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	316,607

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : TRESCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS

 Emisor 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: 08-04-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 19305

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-04-2014 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	SEDA DENTAL	900.0	9,000
15	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,051.0	15,765
20	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	3,950.0	79,000
3	EUGENOL	350.0	1,050
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.0	12,000
3	COMPOSITE JERINGA Z-250 COLOR B2	10,535.0	31,605
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,130.0	30,390
15	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.0	157,995
15	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.0	157,980
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.0	52,655
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 COLOR A.4	13,300.0	66,500
2	OXIDO DE ZINC	530.0	1,060
3	FORMOCRESOL	4,780.0	14,340
5	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.0	2,250
5	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.0	2,255
10	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.0	16,000
15	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.0	190,950
3	ACEITE PARA TURBINA SPRAY NSK	12,340.0	37,020

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 : 421107 MAT. DENTAL
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
LAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
MONEDA : UN MILLON CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS

VALOR NETO 877,815
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 877,815
IVA 166,785
TOTAL FACTURA 1,044,600

Emitido por: *[Signature]*
Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 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
20	SONDA PERIODONTAL CALIBRADA OMS	8,900.0	178,000
5	FORCEP RECTO ANTERIOR MEDIANO	3,690.0	18,450

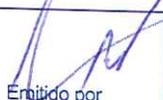
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	196,450
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	196,450
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	37,326
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	233,776

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS 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
O 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 Fecha 02-04-2014 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
40	PINZA DE CURACIONES RECTA	800.0	32,000
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	1,500.0	30,000
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD REDONDA	1,500.0	30,000
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD LLAMA	1,500.0	30,000

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 :	421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	122,000
DESTINO :	CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	122,000
LUGAR ENTREGA :	PAUL HARRIS 1140	IVA	23,180
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	145,180

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización Nº 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-04-2014 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	RETRACTOR GINGIVAL HILO		
10	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,891.0	3,782
20	ESCOBILLA PROFILAXIS	1,350.0	13,500
10	BARNIZ FLUOR DURAPHAT COLGATE	250.0	5,000
10	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	21,406.0	214,060
		1,072.0	10,720

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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATRO PESOS

VALOR NETO 247,062
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 247,062
 IVA 46,942
 TOTAL FACTURA 294,004

	10-438		
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

19.4

070253

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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	SONDA DE CARIES (CURVAS)	756.0	30,240
2	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,891.0	3,782
10	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,350.0	13,500
15	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,072.0	16,080

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	63,602
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	63,602
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,084
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	75,686
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS 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: 08-04-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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
3	PORTA DISCO SOFLEX	1,765.0	5,295
10	PORTA AGUJA MAYO	1,513.0	15,130
3	INSERTO CAVITRON 25KHZ TFI DENTPLY	35,126.0	105,378
48	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	521.0	25,008
6	ESPATULA DE TEFLON P/VIDRIO IONOMERO	672.0	4,032
3	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	6,387.0	19,161
2	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A1	6,387.0	12,774
3	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3,5	6,387.0	19,161
20	BANDEJA EXAMEN A2B	1,429.0	28,580

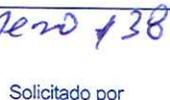
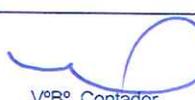
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	234,519
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	234,519
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	44,559
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	279,078

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETENTA Y OCHO PESOS

 Emitted by	 Requested by	 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): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-04-2014 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	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.0	3,026
40	PINZA EXAMEN	714.0	28,560
36	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	521.0	18,756
30	BANDEJA EXAMEN A2B	1,429.0	42,870

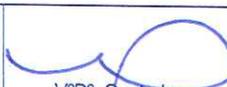
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	93,212
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	93,212
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	17,710
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	110,922

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIEZ MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS

 Emitido por	<i>René 37</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: 07-04-2014

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

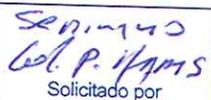
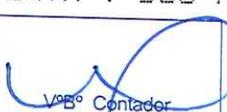
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CHOCOLATE SHANE NUSS		
4	CAJA DE BROWNIE	7,352.94	14,706
8	JUGOS ANDINA	2,739.50	10,958
		801.68	6,413

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 : 424114 SEMIN. Y ENCUENTROS	VALOR NETO	32,077
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	32,077
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	6,095
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	38,172
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA Y DOS 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): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

FECHA: 08-04-2014

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 19305

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-04-2014 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 VOCCO	18,750.0	56,250
3	RADIOGRAFIA DENTAL BITE - WIN ULTRA SPEER	36,680.0	110,040
2	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOLUX COLOR A3	29,730.0	59,460
3	RADIOGRAFIA DENTAL ADULTO ULTRA SPEER KODAK	20,350.0	61,050
10	JERINGA CARPULE	3,850.0	38,500
1	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.0	4,690
12	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380.0	40,560
3	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.0	31,599
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.0	12,000
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.0	31,596
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.0	31,593
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.0	4,500
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.0	63,650
10	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.0	4,510

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. -

EMISSOR : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
DIRECCION : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
GARANTIA ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 549,998
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 549,998
IVA 104,500
TOTAL FACTURA 654,498

MONTO : SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

Emitido por *[Signature]*
Solicitado por *new 38*
V°B° presupuesto
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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 19305

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-04-2014 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 VOCCO	18,750.0	56,250
20	YESO CORRIENTE X LT.	990.0	19,800
2	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOLUX COLOR A1	29,730.0	59,460
10	PINCELES	1,930.0	19,300
40	MANGOS DE ESPEJOS (PANORAMA 55)	520.0	20,800
6	PELICULA RX ADULTO CJ*150	20,350.0	122,100
6	PELICULA RX BITE WING CJ*100	36,680.0	220,080
10	JERINGA CARPULE	3,850.0	38,500
2	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.0	9,380
2	OXIDO DE ZINC	530.0	1,060
10	CUNA MADERA	1,200.0	12,000
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,130.0	30,390
6	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,533.0	63,198
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,532.0	63,192
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.0	4,500
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,531.0	63,186
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	12,730.0	127,300
10	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.0	4,510
3	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.0	4,800

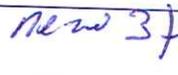
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 939,806
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 939,806
IVA 178,563
TOTAL FACTURA 1,118,369

MONTO : UN MILLON CIENTO DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

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

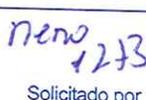
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	BLOCK 50/2 RECETARIOS FOLIADOS	7,000.0	280,000

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	280,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	280,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	53,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	333,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TRESIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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: 07-04-2014

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°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
18	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC. CON SABOR		
24	AGUA MINERAL CACHANTUN 500 CC. CON SABOR	439.00	7,902
15	AZUCAR 1KG IANSA	363.00	8,712
18	COCA-COLA LIGTH 1500 CC POR UNIDAD	589.00	8,835
		750.00	13,500

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 : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 38,949
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 38,949
IVA 7,400
TOTAL FACTURA 46,349

MONTO : CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS *

	134		
Entido 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): 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

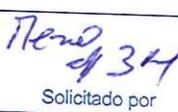
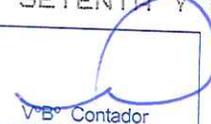
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
25	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GRS.		
5	ENDULZANTE STEVIA LIQUIDO 270 ML.	2,988.00	74,700
6	TE LIPTON ETIQUETA NEGRA CAJA X 100	2,258.00	11,290
		2,527.00	15,162

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 : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	101,152
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	101,152
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	19,219
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	120,371
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO VEINTE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y UN PESOS		

 Emite 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.

FECHA: 07-04-2014

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° 01

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

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

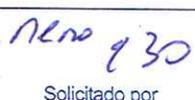
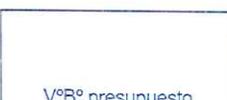
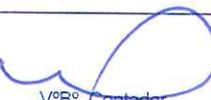
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	CAJA EUROBOX Nro. 2	783.00	5,481
7	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO BEIGE	980.00	6,860
20	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	155.00	3,100
50	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22.00	1,100
4	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	509.00	2,036
1	PERFORADOR GRANDE cangaro	3,646.00	3,646

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	22,223
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,223
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	4,222
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,445

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

 Emitted 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: 07-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

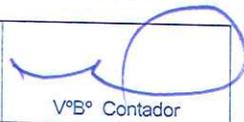
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDED	926.00	2,778
2	CORCHETERA BOSH	3,234.00	6,468
4	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247.00	988
5	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	7,440
3	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110.00	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.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	18,004
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,004
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	3,421
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,425
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS		

 <i>Renzo 30</i>	
Emitido por	V°B° Contador
Solicitado por	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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° 01

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

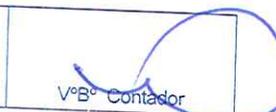
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

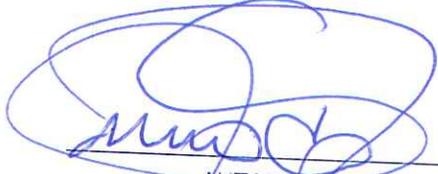
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	FUNDAS PLASTICAS CARTA		
3	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	19.00	190
3	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	294
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	294
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	98.00	980
		4,228.00	4,228

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	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	5,986
DESTINO	: MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,986
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	1,137
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,123
CONDICION	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: SIETE MIL CIENTO VEINTITRES PESOS		

Emitido por:  Solicitado por: *New 30*
 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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 03-04-2014 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 EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	378
4	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	2,072
5	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	7,440
2	PILAS AAA x 4	1,551.00	3,102

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	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	12,992
DESTINO	: MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,992
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	2,468
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,460

MONTO: QUINCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS

 Emitted by	<i>New 30</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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

070241

9/4

FECHA: 07-04-2014

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° 01

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 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 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	690.00	1,380
3	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	294
3	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	294
2	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	192
2	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	192
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228.00	4,228
4	POST IT CHICO AMARILLO highland	148.00	592
2	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	1,230
3	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	633

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	9,035
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,035
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,717
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,752

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIEZ MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 07-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

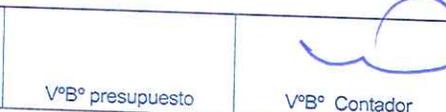
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES		
1	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	100.00	200
1	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	121.00	121
2	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	189.00	189
2	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	247.00	494
2	PILAS AAA x 4	1,488.00	2,976
2	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	1,551.00	3,102
		220.00	440

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
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 7,522
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 7,522
IVA 1,429
TOTAL FACTURA 8,951

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.

FECHA: 07-04-2014

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° 01

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

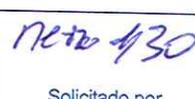
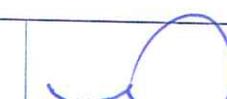
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	APRETAPAPEL MEDIANO 32 MM.	37.00	185
2	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439.00	878
1	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	70.00	70
2	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	690.00	1,380
10	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22.00	220
4	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	392
2	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	196
2	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	196
1	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	472.00	472
3	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	780
1	PUSH PINS X 100 UND.	369.00	369
4	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN J6	108.00	432
1	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	615
2	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	422
1	TIJERAS PUNTA ROMA	173.00	173

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	6,780
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,780
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,288
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,068
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : OCHO MIL 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: 07-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

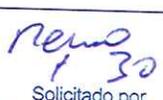
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	116.00	464
2	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	1,036
1	CUCHILLO CARTONERO	149.00	149
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	1,488
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	1,834
3	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	660

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	5,631
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,631
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,070
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,701
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SEIS MIL SETECIENTOS UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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.

FECHA: 07-04-2014

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° 01

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

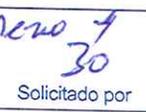
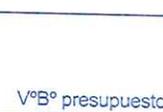
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	70.00	70
1	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	70.00	70
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	70.00	140
1	DESTACADOR AMARILLO	169.00	169
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228.00	4,228
1	TIJERAS PUNTA ROMA	173.00	173

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	4,850
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,850
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	922
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,772
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTAÑO : CINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS		

			
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.

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUACHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N°01

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

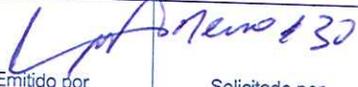
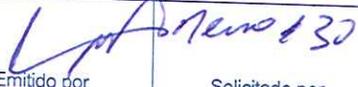
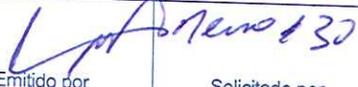
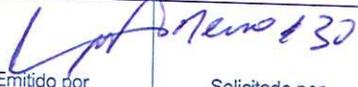
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CALCULADORA CASIO MS-170LA		
1	ELASTICO X KILO	4,948.00	4,948
6	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro. 2 TRIANGULAR S IN GOMA	1,939.00	1,939
8	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	70.00	420
8	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	784
4	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	98.00	784
4	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	384
1	MAGIC CLIPER 50 UND.	96.00	384
1	MAGIC CLIPER DISPENSADOR SELLOFFICE	444.00	444
1	PAPEL CALCO LAPIZ AZUL FULTONS	364.00	364
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	2,145.00	2,145
1	REGLA METALICA X 30 CM.	4,228.00	8,456
2	STICK FIX 40 gr. PRITT	409.00	409
1	TINTA CHINA	615.00	1,230
		229.00	229

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	22,920
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,920
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,355
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,275
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO 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.



ORDEN DE COMPRA

070235

9/4

FECHA: 07-04-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247.00	494
4	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	2,072
1	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	1,962.00	1,962
3	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	4,464
4	PILAS AAA x 4	1,551.00	6,204
1	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	2,189.00	2,189
1	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	506.00	506

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	17,891
ESTINDO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,891
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,399
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,290

MONTO : VEINTIUN MIL DOSCIENTOS 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
AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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° 01

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.		
24	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,021.00	2,042
12	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	1,516.00	36,384
6	CLIPS MEDIANO X 50 UND.	690.00	8,280
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	123.00	738
2	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	336.00	3,360
6	DESTACADOR AMARILLO	3,120.00	6,240
6	DESTACADOR VERDE	169.00	1,014
10	LAPIZ PARA MARCAR CD	169.00	1,014
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	279.00	2,790
6	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	96.00	4,800
24	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	488.00	2,928
		1,981.00	47,544

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	117,134
DESTINO	: CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	117,134
LUGAR ENTREGA	: RIO LOA 8350	IVA	22,255
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	139,389
CONDICIONES : CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS			

Emiteo 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: 07-04-2014

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 03-04-2014 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	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100.00	600
10	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	339.00	3,390
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
24	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	12,432
6	REGLA 30 CM ARTEL	110.00	660

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	18,972
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,972
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	3,605
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,577
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTIDOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE 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): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 07-04-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

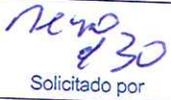
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TONER HP LASERJET P2055DN (05 A)	37,591.00	75,182

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	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	75,182
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	75,182
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	14,285
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	89,467
CONDICION	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

070231

9/4

FECHA: 07-04-2014

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 03-04-2014 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	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE	926.00	2,778
3	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	1,962.00	5,886

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	8,664
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,664
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,646
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,310
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DIEZ MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS		

		V°B° presupuesto	
Emiso por	Solicitado por		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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

FECHA: 07-04-2014

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 01

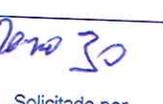
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BATERIA DURACELL 9 VOLTS		
10	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO BEIGE	1,516.00	1,516
5	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	980.00	9,800
2	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	190.00	950
20	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	5,977.00	11,954
4	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	155.00	3,100
20	CLIPS GRANDE 80 MM.	690.00	2,760
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	421.00	8,420
4	DESTACADOR AMARILLO	336.00	3,360
10	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	169.00	676
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	72.00	720
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	960
3	PAPEL ALTA CALIDAD EPSON 100 HOJAS	96.00	1,920
2	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	5,360.00	16,080
2	PEGAMENTO LA GOTITA	1,875.00	3,750
5	PORTA LAPIZ ACRILICO	675.00	1,350
6	POST IT CHICO AMARILLO higland	515.00	2,575
3	POST IT GRANDE AMARILLO higland	148.00	888
4	SACA CORCHETE PINZAS	260.00	780
4	STICK FIX 40 gr. UHU	174.00	696
		580.00	2,320

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	74,575
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,575
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	14,169
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,744
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA : OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS		

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

AUTORIZADA POR 

FECHA: 07-04-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

At.: Sr. Teléfono: 6205100

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.

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CAJA ARCHIVO STANDARD RHEIN KRAFT		
6	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	492.00	4,920
2	CUCHILLO CARTONERO	247.00	1,482
2	FECHADOR 4MM.	149.00	298
3	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO BEIGE	495.00	990
3	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	320.00	960
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	320.00	960
3	PORTA MINAS 0.5 PENDEL	1,488.00	14,880
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	264.00	792
2	TIJERAS GRANDE	220.00	2,200
		352.00	704

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	28,186
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,186
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	5,355
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,541

CONDICION : TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por 30	V°B° presupuesto	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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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° 01

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

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

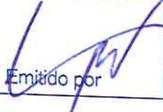
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	815.00	1,630
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	1,176
2	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	520
36	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	2,592
2	PINCEL GERMAN 101 N 11	149.00	298
12	GOMA DE BORRAR	45.00	540
3	DESTACADOR AMARILLO	169.00	507
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	5,016
2	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	815.00	1,630
8	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	4,920
2	CAJA PARA CARPETA COLGANTE OFICIO 7 EUROBOX	1,659.00	3,318
1	CAJA CORCHETES 1000 UNID. SWINGLINE 101-5 5/16	1,009.00	1,009

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	23,156
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,156
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	4,400
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,556

MONTO : VEINTISIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 01

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 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	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	151.00	604
5	POST IT CHICO AMARILLO highland	148.00	740
2	CAJA ALFILERES	161.00	322
4	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	151.00	604
2	PINCEL GERMAN 101 N° 5	99.00	198
4	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	151.00	604
3	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336.00	1,008
24	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	754.00	18,096
4	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	151.00	604
1	CARPETA COLGANTE PUNTAS PLASTICAS (PG. 25 UND.)	98.00	98
30	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	1,680
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	4,860
6	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM.X40 MT.	279.00	1,674
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	70.00	2,100
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	690.00	3,450
4	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	980.00	3,920
3	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250.00	12,750
2	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	308.00	616
1	REGLA METALICA X 30 CM.	409.00	409
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	70.00	700
3	DESTACADOR ROSADO	169.00	507
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	70.00	700
2	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	815.00	1,630
2	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	815.00	1,630
3	DESTACADOR NARANJO	169.00	507
1	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	509.00	509
2	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	198.00	396
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,219.00	3,219
10	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	83.00	830
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	430
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	6,990.00	6,990
2	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	815.00	1,630
2	PINCEL PLANO 577 N° 12 ALO	201.00	402

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	74,417
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,417
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	14,139
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,556
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MON : OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 14

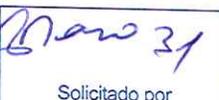
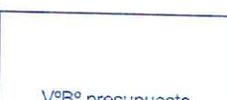
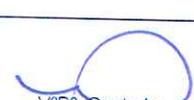
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR AMARILLO 500 HOJAS	4,422.00	4,422
1	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR GRIS 500 HOJAS	4,422.00	4,422
2	PAPEL IMAGEN (PARA DIPLOMAS) COLOR PASTEL X 25 HOJAS	5,885.00	11,770

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	20,614
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,614
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	3,917
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,531
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA 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: 07-04-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 4

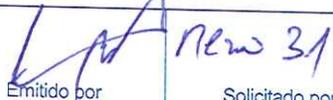
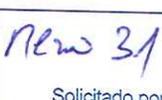
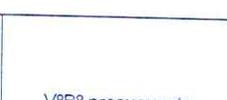
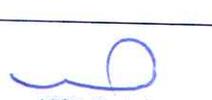
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	37,200
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	45,850

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	83,050
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,050
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	15,780
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,830
CONDICION : NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 14

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

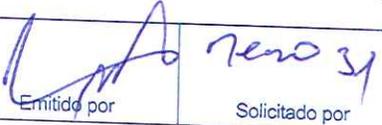
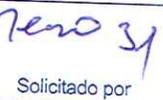
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	PILAS AAA x 4	1,434.00	21,510

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	21,510
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,510
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	4,087
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,597
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : VEINTICINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

9/4

070223

FECHA: 07-04-2014

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 03-04-2014 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
90	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	165,060

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	165,060
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	165,060
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	31,361
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	196,421

SON : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 14

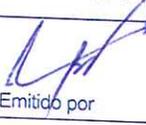
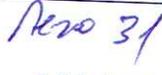
**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

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	CAJA TERMOLAMINADO HEATSEAL DE 9" X 14.5"	7,592.00	15,184
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	3,200
15	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	320.00	4,800
10	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	627.00	6,270
2	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA CELESTE REPROGRAF	4,422.00	8,844
2	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO VERDE REPROGRAF	5,219.00	10,438
20	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	280.00	5,600
35	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	2,660
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	1,520
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	1,520
20	CARTULINA 55 X 77 COLOR CAFE PROARTE	76.00	1,520
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.00	1,520
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.00	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	760
35	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	2,660
35	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	76.00	2,660
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	1,520
40	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	3,040
10	CUADERNILLO MATEMATICAS	68.00	680
50	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	4,200
20	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALD	227.00	4,540
5	REVISTERO OFICIO SIMPLE REJILLA NEGRA	2,260.00	11,300
10	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	239.00	2,390
39	STICK FIX 40 gr. PRITT	618.00	24,102
39	STICK FIX 40 gr. UHU	577.00	22,503
5	TIJERAS 8.0 20.32 CM. MUNDIAL 437-8	609.00	3,045

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.-		VALOR NETO	147,236
CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES		DESCUENTO 0.0	0
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR		SUB-TOTAL	147,236
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS		IVA	27,975
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651		TOTAL FACTURA	175,211
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA			
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
CONDICION : CIENTO SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS ONCE 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.

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

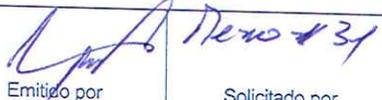
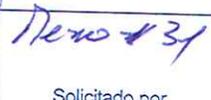
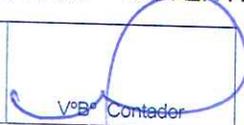
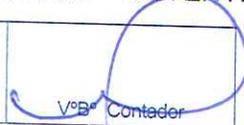
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	16,800
20	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	5,680
10	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	450
39	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	7,371
20	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	10,360
15	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	968.00	14,520
20	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	363.00	7,260
15	DESTACADOR BIC AMARILLO	218.00	3,270
25	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	75.00	1,875
4	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	7,612.00	30,448
4	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	10,560.00	42,240
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	10,560.00	21,120
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	74,400
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	91,700
15	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	539.00	8,085
18	TIJERAS GRANDE	352.00	6,336

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	341,915
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	341,915
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	64,964
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	406,879

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUATROCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA 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: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 14

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

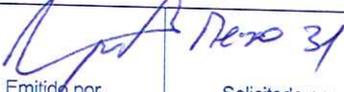
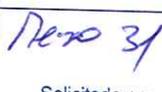
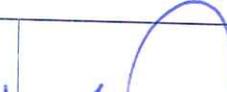
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL PAPELOGRAFO BLANCO 77X110 PLIEGO	38.00	760
5	PILAS AAA x 4	1,434.00	7,170
5	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	180.00	900
15	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	3,405
8	PORTA BANDERITA DE COLORES	2,490.00	19,920
2	PORTA CLIPS UNID.	240.00	480
2	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	515.00	1,030
2	PORTA SCOTCH UNID.	516.00	1,032
6	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,681.00	28,086
15	REVISTERO CARTA AZUL # 22	1,052.00	15,780
5	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	239.00	1,195
10	TIJERAS PUNTA ROMA	187.00	1,870
2	TIJERAS 8.0 20.32 CM. MUNDIAL 437-B	609.00	1,218
5	TIJERAS ZIG-ZAG	1,004.00	5,020

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	87,866
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	87,866
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	16,695
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,561
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 14

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

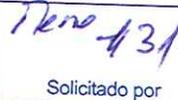
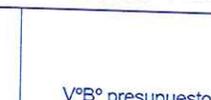
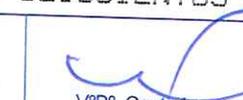
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u		
1	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	449.00	6,735
5	CAJA PARA CARPETA COLGANTE OFICIO 7 EUROBOX	132.00	132
20	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	1,590.00	7,950
15	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	320.00	6,400
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	320.00	4,800
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AZUL	998.00	4,990
10	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	998.00	4,990
1	CALCULADORA CASIO MS-170LA	627.00	6,270
20	CARPETA CARTULINA AZUL	5,200.00	5,200
5	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	56.00	1,120
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	159.00	795
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
5	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	159.00	795
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	273.00	1,365
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	760
2	CORCHETERA TORRE B4	76.00	760
1	CORCHETERA TORRE B7	3,371.00	6,742
5	CUADERNO OFICIO CUADRICULADO TORRE	5,383.00	5,383
10	FORRO PLASTICO CUADERNO UNIVERSITARIO TRANSP.	2,939.00	14,695
50	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	52.00	520
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	84.00	4,200
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	107.00	5,350
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	107.00	5,350
20	MARCADOR PERMANENTE MON-AMI HIPER PUNTA BISCE LADA	98.00	2,940
5	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCGM 2MM DORADO	230.00	4,600
2	PAPEL LUSTRE PLIEGO COLORES 70 x 50	1,400.00	7,000
		48.00	96

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 :	421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	113,118
DESTINO :	COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	113,118
LUGAR ENTREGA :	VIA LACTEA 9308	IVA	21,492
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	134,610
CONDICION :	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ 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: 07-04-2014

Señor(es): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 4

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

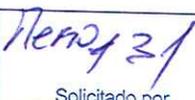
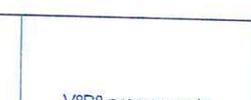
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	950.00	9,500
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	9,260
8	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,563.00	20,504
25	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	14,000
5	CAJA ACCO CLIPS METALICO 50 UNID	550.00	2,750
20	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	900
10	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS AZUL	324.00	3,240
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	3,780
25	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	12,950
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	75.00	1,500
3	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,089.00	3,267
1	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO ALO COLORES	320.00	320
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	37,200
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	45,850
15	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	2,970
36	REGLA 30 CM ALO	80.00	2,880
2	TIJERAS GRANDE	352.00	704
5	VISORES PORTALEYENDA TORRE 50 UNIDADES	506.00	2,530

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	174,105
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	174,105
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	33,080
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	207,185

SON : DOSCIENTOS SIETE MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 14

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.		
12	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	273.00	3,276
6	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	744.00	8,928
2	CARPETA COLGANTE PUNTAS PLASTICAS (PQ. 25 UND.)	1,475.00	8,850
6	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	116.00	232
10	CARTON FERRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	159.00	954
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	228.00	2,280
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	306.00	3,060
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	76.00	1,520
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	76.00	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	76.00	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	76.00	760
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	76.00	760
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	76.00	912
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	76.00	912
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	76.00	760
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	76.00	760
8	CINTA ADHESIVAS 3M 810	76.00	760
12	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	1,723.00	13,784
6	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X 40 MT. BLANCA	425.00	5,100
4	CLIPS MEDIANO X 50 UND.	816.00	4,896
2	CUCHILLO L-2 MANGO CAUCHO	256.00	1,024
12	GOMA DE BORRAR	5,351.00	10,702
10	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	46.00	552
6	MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.	638.00	6,380
10	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	798.00	4,788
10	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	220.00	2,200
12	PLUMON DELGADO X 12 COLORES ARTEL	222.00	2,220
10	SACA PUNTAS METALICO	337.00	4,044
24	STICK FIX 40 gr. PRITT	96.00	960
4	TIZA 100 UNID. DATA ZONE BLANCA	618.00	14,832
4	TIZA 100 UNID. DATA ZONE COLOR	253.00	1,012
		366.00	1,464

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. -

FECHA DE ENTREGA : 24 HORAS	VALOR NETO	110,202
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	DESCUENTO 0.0	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	SUB-TOTAL	110,202
CONDICION : CIENTO TREINTA Y UN MIL CIENTO CUARENTA PESOS	IVA	20,938
	TOTAL FACTURA	131,140

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

[Firma]
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 07-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

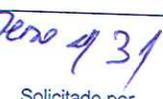
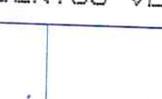
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	950.00	2,850
15	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE	926.00	13,890
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,455.00	8,730
12	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	6,720
3	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	135
6	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	116.00	696
6	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	116.00	696
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	5,180
6	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 361 15AZ	532.00	3,192
24	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	1,032
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	539.00	5,390

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	48,511
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	48,511
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	9,217
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	57,728
CONDICIONES : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA
 De acuerdo a su cotización N° 14

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 03-04-2014 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	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	1,820
4	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	306.00	1,224
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	76.00	2,280
12	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	85.00	1,020
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	430
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,290.00	3,290
1	PEGAMENTO LA GOTITA	258.00	258
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	2,724
4	SACA PUNTAS METALICO	96.00	384
5	STICK FIX 40 gr. UHU	577.00	2,885

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	16,315
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,315
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	3,100
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,415
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MON : DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS

Emitido por <i>[Firma]</i>	Solicitado por <i>[Firma]</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------------------------	----------------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

[Firma]
 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.

070214

FECHA: 07-04-2014

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 03-04-2014 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	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,563.00	7,689
8	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	4,480
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	59,520
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	73,360

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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	146,939
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	146,939
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	27,918
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	174,857

MONTO : CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

Emitido por <i>[Firma]</i>	Solicitado por <i>[Firma]</i>	V°B° presupuesto <i>[Firma]</i>	V°B° Contador <i>[Firma]</i>
-------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

[Firma]
 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: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 14

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

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

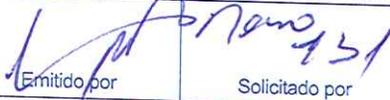
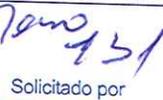
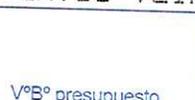
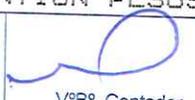
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CAJA PARA CARPETA COLGANTE OFICIO 7 EUROBOX	1,590.00	15,900

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	15,900
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,900
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	3,021
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,921
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS VEINTIUN 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Señor(es):

A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 3

03-04-2014

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
1	CINTA IMPRESORA EPSON LX-300	2,393.00	2,393

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 factorización del pago de este documento.

VENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	2,393
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	0
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	SUB-TOTAL
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	2,393
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	IVA
		455
		TOTAL FACTURA
		2,848

MON : DOS MIL OCHOCIENTOS 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
 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

6205100

Teléfono:

At.: Sr. 3
 De acuerdo a su cotización N°

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

sírvase despachar

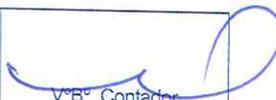
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ETIQUETAS AUTODHRESIVAS 35 X 70 ADETEC DISPLAY	272.000	544

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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMIN	VALOR NETO	544
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	544
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	103
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	647
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA : SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE 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
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

070210

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 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	CHOCOLATE SHANE NUSS		
4	CAJA DE BROWNIE	7,352.94	14,706
8	JUGOS ANDINA	2,739.50	10,958
		801.68	6,413

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 : 424114 SEMIN. Y ENCUENTROS
 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
 SON : TREINTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 32,077
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 32,077
 IVA 6,095
 TOTAL FACTURA 38,172

	Seminario Col. P. Harris		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Goniado

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

CONTABILIDAD

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

9/4

070209

07-04-2014

FECHA:

PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Señor(es):

LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Dirección:

CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **

At.: Sr.: 13

03-04-2014

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
8	CABLE EXTENSION USB 1 METRO	787.00	6,296
6	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 13X50 ADETEC X 144 UND	229.00	1,374
6	HUB USB DE 4 PUERTOS	1,560.00	9,360
8	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	1,800.00	14,400

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421121	INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	31,430
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS		SUB-TOTAL	31,430
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811		IVA	5,972
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	37,402

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

070208

9/4

07-04-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 3

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

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	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	7,498.00	74,980

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	74,980
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,980
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	14,246
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	89,226

SON : OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS VEINTISEIS 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.

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° **13**

de Fecha **03-04-2014**

sírvase despachar

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

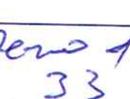
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	257.00	5,140
4	LIMPIA PANTALLA COMPUTADOR	2,071.00	8,284

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	13,424
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	
DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	
SUB-TOTAL	13,424
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	
IVA	2,551
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	
TOTAL FACTURA	15,975

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : QUINCE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 3

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

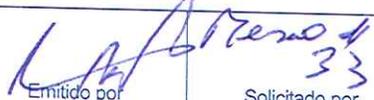
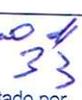
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CD IMATION GRABABLE	221.00	6,630
2	PAD MOUSE MAXXTRO GEL NEGRO/AZUL	2,350.00	4,700

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	11,330
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	DESCUENTO 0.0 0
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	SUB-TOTAL 11,330
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	IVA 2,153
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA 13,483
SON : TRECE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA 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.

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

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° **13**

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

sírvase despachar

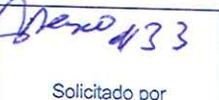
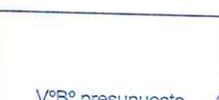
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	257.00	771
3	DVD-R IMATION 4.7 GB 8X STANDARD	262.00	786
3	PLUMON PARA MARCAR CD NEGRO	256.00	768
3	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	3,525.00	10,575

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION 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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	DESCUENTO 0.0	12,900
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	SUB-TOTAL	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	IVA	12,900
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	TOTAL FACTURA	2,451
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		15,351
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN 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): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 3

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

sírvase despachar

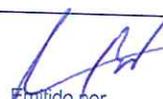
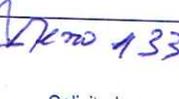
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	MOUSE USB GENIUS	2,272.00	11,360
3	PUNTERO LASER	2,712.00	8,136

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. ADMINI	VALOR NETO	19,496
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,496
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	3,704
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,200
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : VEINTITRES MIL DOSCIENTOS 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:

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° **13**

de Fecha **03-04-2014**

sírvase despachar

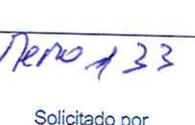
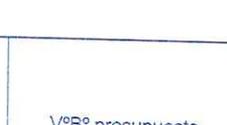
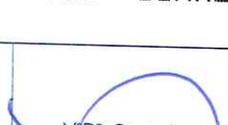
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,200.00	44,000
20	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	5,140
1	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 13X50 ADETEC X 144 UND	229.00	229
2	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 168 - 19 X 23	224.00	448
2	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 18 - 53 X 100	224.00	448
10	SOBRES PARA CD	389.00	3,890

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	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	DESCUENTO 0.0	54,155
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS		0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	54,155
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	10,289
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	64,444
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
SON : SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 3

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

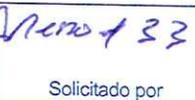
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON INALAMBRICO	15,130.00	45,390

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION 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	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	45,390
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,390
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	8,624
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,014
CONDICIONES : CINCUENTA Y CUATRO MIL CATORCE PESOS		VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	

 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): **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° **13**

de Fecha **03-04-2014**

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 IMATION 4.7 GB 16X	257.00	2,570

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

 Emitido por	Memo 433 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 3

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

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

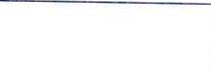
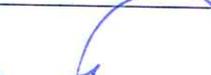
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CD IMATION GRABABLE	221.00	2,210

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. 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
SON : DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 13

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

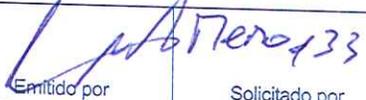
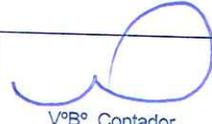
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	5,140

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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	5,140
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,140
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	977
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,117
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : SEIS MIL CIENTO DIECISIETE PESOS		

	
Emitted por	V°B° Contador
Solicitado por	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 ACEPTARAN 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° 3 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

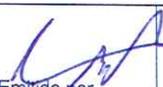
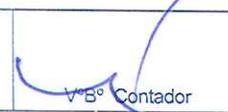
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CD IMATION GRABABLE	221.00	4,420
1	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 24 - 23X89 6000 UND.	16,479.00	16,479

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. ADMINI	VALOR NETO	20,899
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,899
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	3,971
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,870

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	Nro 433 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---------------------------	------------------	---

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 13

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

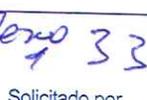
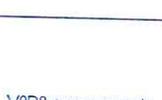
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	DVD-R IMATION 4.7 GB 8X STANDARD	262.00	5,240

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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	5,240
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,240
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	996
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,236

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS 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: 07-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

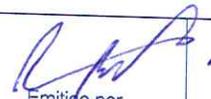
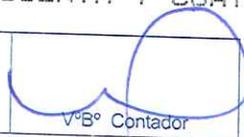
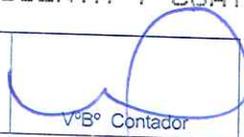
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CD IMATION GRABABLE	221.00	4,420
10	PEN DRIVER 8 GB	3,781.00	37,810

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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	42,230
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 42,230
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA 8,024
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 50,254
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	
SON : CINCUENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS	

 Emitido por	11020133 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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

FECHA:

Dirección: **LAS RDSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

de Fecha **03-04-2014**

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	DIF CREMA X 750 CC	710.00	2,840
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	649
3	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	14,529.00	43,587

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	47,076
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	47,076
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	8,944
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	56,020
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y SEIS MIL VEINTE PESOS		

 Emitido por	Renzo 29 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): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 07-04-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 2

Teléfono:
 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

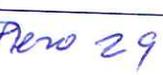
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PANO AMARILLO	130.00	260

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	260
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	260
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	49
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	309
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRESCIENTOS 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:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

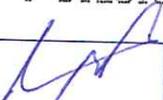
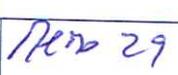
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	8,346
10	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498.00	4,980
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	649

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	13,975
DESTINO : MINICONSLTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,975
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,655
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,630
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : DIECISEIS MIL SEISCIENTOS 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 2

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 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	CLORINDA X LTS	296.00	592
4	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	2,440.00	9,760

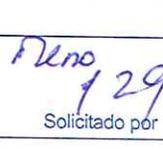
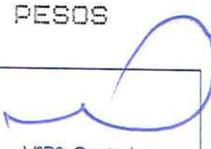
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	10,352
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0,0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,352
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,967
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,319

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOCE MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE 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.

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

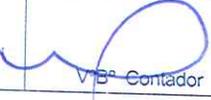
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	4,173
4	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498.00	1,992
2	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	1,298
2	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	2,480.00	4,960
6	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	5,220
6	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	1,404

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	19,047
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGDY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,047
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,619
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,666
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS		

 Emitido por	Alex 29 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
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

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 03-04-2014

sírvase despachar

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

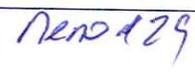
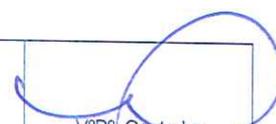
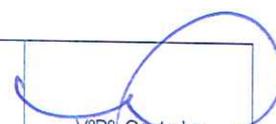
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	2,440.00	7,320
1	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,463.00	1,463

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,783
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,783
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,669
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,452

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DIEZ MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS 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): 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° 12

de Fecha 03-04-2014

sírvase despachar

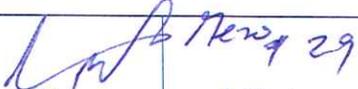
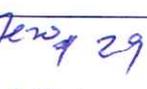
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	2,782
2	ESCOBILLA PARA UNAS	252.00	504
1	INSECTICIDA RAID	1,983.00	1,983
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	649
3	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	2,610

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,528
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,528
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,620
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,148
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : DIEZ MIL CIENTO 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): ILDP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 2

Teléfono:
 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

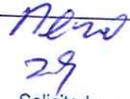
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	2,440.00	7,320
5	ESPONJA BONODRIL	189.00	945

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,265
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,265
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,570
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,835
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO 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): **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° **12**

de Fecha **03-04-2014**

sírvase despachar

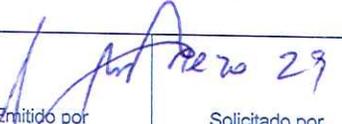
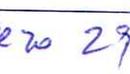
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	2,782
3	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498.00	1,494
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	649
2	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	2,480.00	4,960

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	9,885
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,885
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,878
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,763
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : ONCE MIL SETECIENTOS SESENTA 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:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 2

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

sírvase despachar

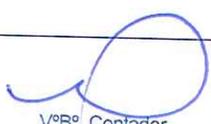
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	2,440.00	7,320
1	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	1,902

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	9,222
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,222
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,752
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,974
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DIEZ MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS		

	Nov 29		
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:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

sírvase despachar

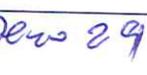
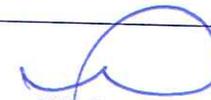
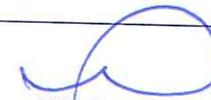
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	8,346
4	INSECTICIDA RAID	1,983.00	7,932
4	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498.00	1,992
2	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	1,298
2	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	2,480.00	4,960
2	PANOS COCINA	424.00	848
2	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	1,740
2	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	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 FONON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	27,584
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,584
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,241
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,825
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : TREINTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 2

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

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	2,440.00	14,640
2	ESPONJA BONODRIL	189.00	378
1	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	1,902

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	16,920
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,920
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,215
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,135
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : VEINTE MIL CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS		

Emitido por

Solicitado por

V°B° presupuesto

V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN 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° 12

de Fecha **03-04-2014**

sírvase despachar

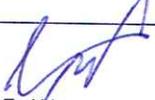
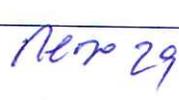
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AMPOLLETA AHORRO DE ENERGIA 15 WATTS CORTA	912.00	9,120
6	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	688.00	4,128
6	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B. POLAR POETT	688.00	4,128
6	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT	688.00	4,128
6	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,894

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	25,398
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	25,398
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	4,826
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,224
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : TREINTA MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO 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.

PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Señor(es):

LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 03-04-2014

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	DESINFECTANTE AERUSOL LYSOL	1,391.00	2,782
5	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498.00	2,490

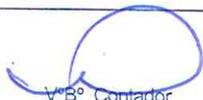
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	5,272
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,272
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,002
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,274

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	Nov 29 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 03-04-2014 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	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	2,440.00	4,880

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	4,880
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,880
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	927
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,807
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CINCO MIL OCHOCIENTOS SIETE PESOS		

	Novo 29	
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES



ORDEN DE COMPRA

070180

9/4

07-04-2014

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° 12

de Fecha 03-04-2014

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	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	3,916.00	7,832
3	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,987.00	5,961
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	14,529.00	14,529

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : CENTRO IMAGENLOGIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS TRES PESOS

VALOR NETO 28,322
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 28,322
 IVA 5,381
 TOTAL FACTURA 33,703

Emitido por	Solicitado 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 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

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 03-04-2014

sírvase despachar

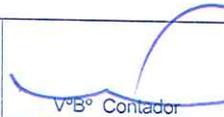
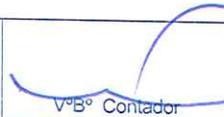
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CLORO X LITRO	296.00	592
4	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	7,608

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,200
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	1,558
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,758
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS		

 Entido por	<i>Aereo 29</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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

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

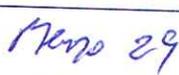
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO		
20	BOLSA BASURA 80X110	1,182.00	2,364
5	CIF CREMA X 750 CC	600.00	12,000
10	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	710.00	3,550
6	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	980.00	9,800
2	LAVALOZAS X 5 LTS	1,200.00	7,200
8	LISOFORM AEROSOL	3,439.00	6,878
6	PANOS ESPONJA	1,290.00	10,320
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	273.00	1,638
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
5	TRAPERO DOBLE C/OJAL	1,555.00	6,220
		688.00	3,440

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 : 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 : NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SIETE PESOS

VALOR NETO 81,266
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 81,266
IVA 15,441
TOTAL FACTURA 96,707

 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.



ORDEN DE COMPRA

070177

9/4

FECHA: 07-04-2014

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° 2 de Fecha 03-04-2014 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	COLOR GEL	726.00	21,780
2	DISPENSADOR TOALLA NOVA	5,809.00	11,618
20	ESPONJA P/ LOZA	189.00	3,780
5	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	12,250
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

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	418,818
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0,0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	418,818
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	79,575
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	498,393

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA 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): **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° **12**

de Fecha **03-04-2014**

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	CIF CREMA X 750 CC	710.00	7,100
24	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	33,384
24	INSECTICIDA RAID	1,983.00	47,592
24	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498.00	11,952
10	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188.00	61,880
20	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	12,980
50	TOALLA NOVA	319.00	15,950

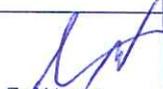
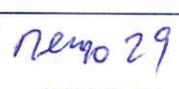
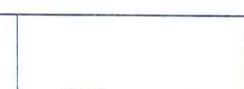
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

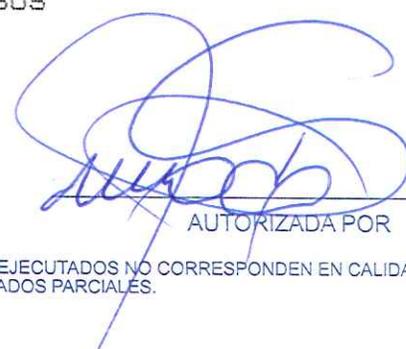
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	190,838
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	190,838
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	36,259
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	227,097

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL NOVENTA Y SIETE PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 2

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

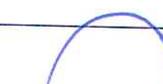
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CLORO X LITRO	296.00	2,960
24	DESODORANTE AMBIENTAL X FCO	2,440.00	58,560

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	61,520
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	61,520
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,689
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	73,209
VALOR : SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS		

Emiso 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
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
5	DETERGENTE OMO 400 KGS	768.00	3,840
5	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,249.00	6,245
10	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	12,000
10	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	6,490
5	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	6,450
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	4,660
5	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	4,350
10	TRAPERD DOBLE C/OJAL	688.00	6,880

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	70,345
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,345
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	13,366
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,711
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS ONCE PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-04-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

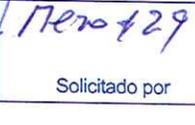
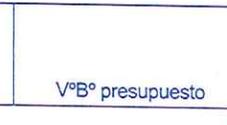
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	COLOR X 5 LTS	1,205.00	6,025
5	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	13,445
3	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	1,815
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	22,585
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,585
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	4,291
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,876

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS 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: 07-04-2014

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° 12

de Fecha 03-04-2014

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	1,418.00	2,836
5	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	3,916.00	19,580
20	CIF CREMA X 750 CC	710.00	14,200
9	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	12,519
10	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	688.00	6,880
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLAD E	688.00	6,880
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON P O ETT	688.00	6,880
4	DETERGENTE OMO 400 KGS	768.00	3,072
2	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	4,993.00	9,986
10	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	5,491.00	54,910
4	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	1,136
12	GUANTES GOMA 7 1/2	490.00	5,880
2	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188.00	12,376
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,245
2	LAVALOZAS X 5 LTS	3,439.00	6,878
2	LUSTRA MUEBLES X 5 LTS	7,144.00	14,288
5	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	401.00	2,005
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,180.00	11,800
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	1,600

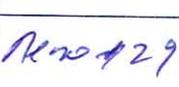
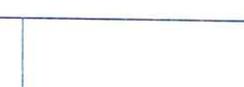
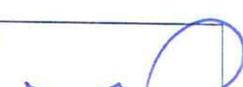
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	196,951
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	196,951
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	37,421
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	234,372

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 03-04-2014

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
60	BOLSA BASURA 80X120	755.00	45,300
20	COLOR X 5 LTS	1,205.00	24,100
20	COLOR GEL	726.00	14,520
9	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120.00	19,080
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

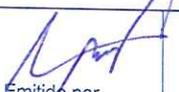
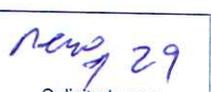
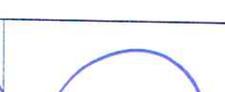
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	203,565
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	203,565
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	38,677
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	242,242

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

BON : DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

070170

9/4

07-04-2014

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° **12**

de Fecha **03-04-2014**

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 50X90	381.00	7,620
2	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	438.00	876
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
5	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	5,491.00	27,455
10	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	284.00	2,840
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.	6,188.00	61,880
30	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	19,470
10	PALA ASEO METALICA CORRIENTE MANGO LARGO	775.00	7,750
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,794.00	27,940
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	14,529.00	14,529
6	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	273.00	1,638
10	PANOS COCINA	424.00	4,240
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	8,700
5	REMOVEDOR AMONIACADO FURIA X 5 LTS	6,324.00	31,620
6	ROLLO ALUSA PLAS	414.00	2,484
10	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	7,363.00	73,630
50	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	800
50	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22.00	1,100
10	VIRUTILLA P/OLLAS S. BRITE	130.00	1,300

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	417,844
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	417,844
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	79,390
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	497,234

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

Emisor por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 07-04-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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 70X90 POLINASA 10 UND.	405.00	8,100
7	CLORO X 5 LTS	1,205.00	8,435
30	CLORO GEL	726.00	21,780
5	ESPONJA VIRUTEX	189.00	945
6	GLASSEX RECARGA	1,020.00	6,120
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	16,134
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282.00	4,564
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	6,050
10	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	2,189.00	21,890
15	PANO AMARILLO	130.00	1,950
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	19,020
20	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,463.00	29,260

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	144,248
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	144,248
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	27,407
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	171,655
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
FORMA DE PAGO : CIENTO SETENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS		

	129			
Emisor 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.

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

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

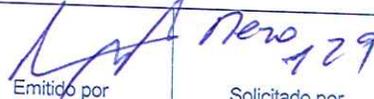
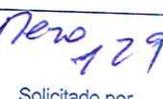
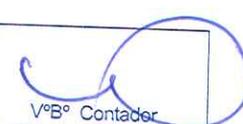
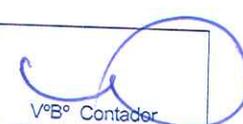
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	4,993.00	9,986

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	9,986
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,986
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,897
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,883

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : ONCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA 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 A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 07-04-2014

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 Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	1,007.00	5,035
4	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	4,728
4	AMPOLLETA 60 WATT	175.00	700
5	BOLSA BASURA 80X110	600.00	3,000
5	BOLSA BASURA 120X130	2,439.00	12,195
3	CIF CREMA X 750 CC	710.00	2,130
6	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	8,346
10	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. ACQUA MARINE AIR WICK	688.00	6,880
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POE TT	1,054.00	10,540
3	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + R EPUESTO LAVANDA	6,260.00	18,780
1	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	4,993.00	4,993
3	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. AZUL	257.00	771
3	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	3,600
4	LAVALOZAS X 5 LTS	3,439.00	13,756
12	LIMPIADOR LIQ. LYSOFORM 450 CC. CITRICO D/PACK DES	702.00	8,424
6	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	7,740
5	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,794.00	13,970
2	PAPELERO CON PEDAL 34 LTS.	7,817.00	15,634
20	PANO MULTIUSO GRANDE	273.00	5,460
20	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	4,680
5	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	7,363.00	36,815
150	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	2,400
150	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22.00	3,300

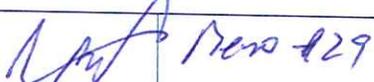
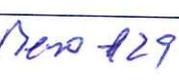
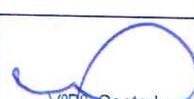
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	193,877
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	193,877
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	36,837
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	230,714

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS CATORCE 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: 07-04-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De Fecha 03-04-2014 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	ALCOHOL EN GEL 1 LITRO	2,120.00	8,480
2	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,375.00	6,750
4	BARREDOR DE AGUA x 60 cms	4,067.00	16,268
5	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405.00	2,025
5	BOLSA BASURA 80X120	755.00	3,775
3	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120.00	6,360
2	DISPENSADOR MURAL PARA JABON LIQUIDO	5,462.00	10,924
3	DISPENSADOR TOALLA NOVA	5,809.00	17,427
8	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	19,600
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	16,134
6	LUSTRA MUEBLES X 250 GRs	605.00	3,630
15	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124.00	91,860
6	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	11,412

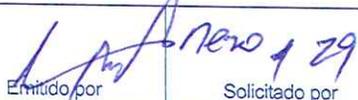
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	214,645
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	214,645
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	40,783
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	255,428

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO 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.

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° 12

de Fecha **03-04-2014**

sírvase despachar

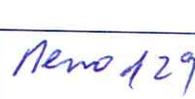
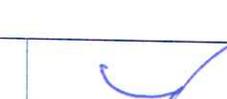
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182
12	BASUREROS PARA BANOS MEDIANO	7,329.00	87,948
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POTT	688.00	6,880
4	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,464.00	21,856
1	LAVALOZAS X 5 LTS	3,439.00	3,439
10	LISOFORM AEROSOL	1,290.00	12,900
6	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	425.00	2,550
20	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,180.00	23,600

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	160,355
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	160,355
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	30,467
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	190,822
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CIENTO NOVENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTIDOS 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 2

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

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	BASURERO 80 LTS.	11,263.00	67,578
6	CLORO X 5 LTS	1,205.00	7,230
20	CLORO GEL	726.00	14,520
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	16,134
6	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	3,630
4	MOPA SECA C/MANGO METAL 80 CM.	6,772.00	27,088
12	PANO AMARILLO	130.00	1,560
12	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	140.00	1,680
8	REPUESTO MOPA CHICA 16	1,465.00	11,720
6	SACA ZARRO FRASCO	1,438.00	8,628
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	19,020

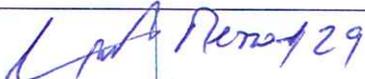
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	178,788
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	178,788
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	33,970
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	212,758

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

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

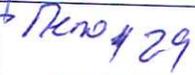
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,025.00	6,075
2	ALGODON EN VARITAS COTONITOS X 200 UN	696.00	1,392
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182
10	BOLSA BASURA 50X70	194.00	1,940
20	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	27,820
20	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.PRIMAVERAL POE TT	688.00	13,760
1	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	749.00	749
6	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	7,200
6	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	401.00	2,406
10	SILICONA EN BARRA PARA PISTOLA	646.00	6,460
300	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	4,800
300	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22.00	6,600
3	SECADOR DE VIDRIO COMPLETO DE 45 CM. WINKLER	43,751.00	131,253

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	211,637
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	211,637
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	40,211
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	251,848

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 03-04-2014

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
20	BOLSA BASURA 80X120	755.00	15,100
1	COLOR X 5 LTS	1,205.00	1,205
1	DESENGRASANTE X 5 LTS	3,375.00	3,375
6	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	3,630
9	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124.00	55,116

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	VALOR NETO	81,801
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	81,801
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	15,542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97,343
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS		

Emitted por

Solicitado por

V°B° presupuesto

V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 07-04-2014

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° 12

de Fecha 03-04-2014 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	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,025.00	4,050
2	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	1,007.00	2,014
3	AMPOLLETA 100 WATT	175.00	525
8	BOLSA BASURA 80X110	600.00	4,800
2	BOTA AGUA DE PLASTICO DE 75 CM. PARA PISO	799.00	1,598
8	CIF CREMA X 750 CC	710.00	5,680
3	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391.00	4,173
2	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC CITRICO	3,776.00	7,552
2	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SPA GLADE	1,159.00	2,318
2	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980.00	1,960
1	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	749.00	749
4	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,775.00	15,100
2	GOMA LIMPIA VIDRIOS	1,899.00	3,798
8	GUANTES AMARILLO TALLA L	488.00	3,904
3	GUANTES GOMA 7 1/2	490.00	1,470
4	GUANTES TEJIDO PVC	157.00	628
3	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872.00	5,616
2	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200.00	2,400
4	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	2,596
6	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	2,480.00	14,880
6	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	564.00	3,384
3	PANOS COCINA	424.00	1,272
5	PANOS SACO CON OJAL	475.00	2,375
2	PLUMILLA LIMPIA VIDRIOS	2,040.00	4,080
3	TOALLA NOVA P/DISPENSADOR X 12	6,906.00	20,718
5	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	1,180.00	5,900
2	SECADOR DE VIDRIO COMPLETO DE 45 CM. WINKLER	43,751.00	87,502

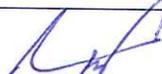
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	211,042
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	211,042
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	40,098
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	251,140

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTO CUARENTA PESOS

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 2

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

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

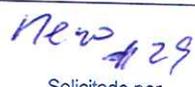
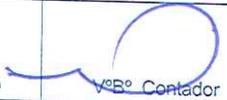
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ALCOHOL EN GEL 1 LITRO	2,120.00	6,360
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405.00	4,050
15	CLORO X 5 LTS	1,205.00	18,075
6	ESPONJA P/ LOZA	189.00	1,134
1	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	2,450
3	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	8,067
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282.00	2,282
2	MOPA SECA C/MANGO METAL 80 CM.	6,772.00	13,544
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300
12	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,902.00	22,824
12	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,463.00	17,556

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	97,642
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	97,642
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	18,552
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,194

SON : CIENTO DIECISEIS MIL CIENTO NOVENTA 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 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° 12

de Fecha 03-04-2014

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	CIF CREMA X 750 CC	710.00	3,550
4	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. ACQUA MARINE AIR WICK	688.00	2,752
4	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BCA. AIR WICK	688.00	2,752
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POTT	688.00	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980.00	4,900
1	MANTENEDOR PARA PISO FLOTANTE FRASCO	6,458.00	6,458
4	MOPA VIRUTEX 100% ALGODON GIGANTE Jumbo Cotton Mop 230 grs. Algodón	7,890.00	31,560
2	PALA ASEO METALICA CORRIENTE MANGO LARGO	775.00	1,550
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	4,660
30	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	564.00	16,920

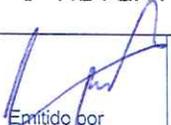
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	78,542
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,542
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	14,923
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,465

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

6205100

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 03-04-2014

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	BASURERO P/SALAS RECTANGULAR	3,041.00	6,082
2	CLORO X 5 LTS	1,205.00	2,410
5	CLORO GEL	726.00	3,630
2	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	4,900
1	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	2,689.00	2,689
10	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,590.00	15,900
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	605.00	6,050
10	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124.00	61,240
10	PANO AMARILLO	130.00	1,300

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

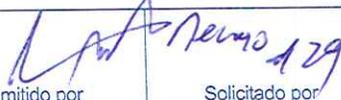
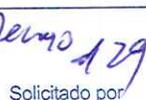
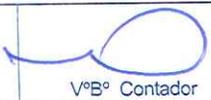
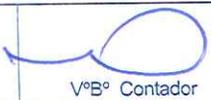
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 104,201
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 104,201
IVA 19,798
TOTAL FACTURA 123,999

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTITRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

9-4

070157

FECHA: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	JABON LIQUIDO DOVE FRASCO 800 ML.	6,188.00	30,940
4	SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.	1,555.00	6,220
4	TRAPERO DOBLE C/OJAL	688.00	2,752

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	39,912
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,912
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	7,583
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,495

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO 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 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° 2 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

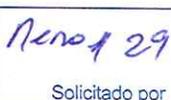
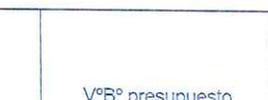
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ALCOHOL EN GEL 1 LITRO	2,120.00	4,240
8	COLOR X LITRO	296.00	2,368
5	SACA ZARRO FRASCO	1,438.00	7,190

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	VALOR NETO	13,798
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,798
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,622
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,420

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE 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): **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° 01

de Fecha **03-04-2014**

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	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	19
8	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	176
5	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	220
10	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	720
13	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	1,274
11	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	1,078
8	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	784
2	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	192
7	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	672
7	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	672
1	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 400 HOJAS CUADRICULADO	2,999	2,999
1	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANGOSTO OFICIO AMARILLO	403	403
4	MARCADOR ROPA M10 AZUL	610	2,440
9	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	610	5,490
4	MARCADOR ROPA M10 ROJO	610	2,440
6	MARCADOR ROPA M10 VERDE	610	3,660
1	MICA OFICIO 50 UNID. GRIS	4,810	4,810
3	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	509	1,527
2	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	472	944
12	PILAS CR 2032 3 VOL	184	2,208
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	4,228	8,456
5	PINCHA PAPELES	378	1,890
3	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	190	570
1	PORTA SCOTCH UNID.	728	728
13	POST IT GRANDE AMARILLO highland	260	3,380
3	REGLA METALICA X 50 CM.	1,198	3,594
1	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250	4,250
1	REVISTERO OFICIO SIMPLE REJILLA NEGRA	2,124	2,124
2	SACA CORCHETE PINZAS	174	348
2	SACA PUNTAS	51	102
2	SACA PUNTAS METALICO	96	192
2	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	163	326
3	STICK FIX 40 gr. UHU	580	1,740
1	TAMPON 11 X 7	794	794

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	61,222
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	61,222
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	11,632
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	72,854
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

--	--	--	--

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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° **01**

de Fecha **03-04-2014**

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	ARCHIVADOR A4 C/PRES. 2 AROS 2.0 BLANCO	1,982	1,982
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	610	610
1	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS	3,800	3,800
7	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040	14,280
4	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,516	6,064
5	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	2,430
2	CAJA ALFILERES	161	322
2	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	749	1,498
5	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	1,810
2	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,527	3,054
2	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190	380
3	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189	567
2	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	89	178
2	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	99	198
2	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	99	198
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	70	700
17	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	690	11,730
6	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369	2,214
6	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	732	4,392
9	CLIPS GRANDE 80 MM.	421	3,789
13	CUADERNILLO MATEMATICAS	51	663
1	CUADERNO CON INDICE ABECEDARIO	1,275	1,275
9	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336	3,024
3	DEDOS GOMA AZUL	47	141
2	DEDOS GOMA ROJO	47	94
20	DESTACADOR AMARILLO	169	3,380
6	DESTACADOR CELESTE	169	1,014
5	DESTACADOR NARANJO	169	845
7	DESTACADOR ROSADO	169	1,183
5	DESTACADOR VERDE	169	845
1	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM AMARILLA	578	578
3	ETIQUETA ADHESIVAS 17 X 11 MM VERDE CLARO	578	1,734
8	FORRO PLASTICO CUADERNO UNIVERSITARIO TRANSP.	49	392
1	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	236	236

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	75,600
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	75,600
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	14,364
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	89,964
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
SON : OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS 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): 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 03-04-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
60	ROLLO DE ESPERA DE PUBLICO DIFERENTES COLORES X 3000 NUM	1,069	64,140
3	SACA CORCHETE PALANCA	195	585
3	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	645	1,935
2	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	220
3	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	594	1,782
1	TIJERAS GRANDE	352	352

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	69,014
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	69,014
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,113
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,127
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS		

Emitido por <i>A. Novo</i>	Solicitado por <i>30</i>	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 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

6205100

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

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 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	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	950	3,800
10	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO AUCA	616	6,160
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	495	990
9	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328	2,952
2	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	116	232
4	CARPETA PLASTIFICADA CAFE C/ 2 BOLSILLO	116	464
12	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	2,268
4	CORCHETERA BOSH	3,234	12,936
1	CORCHETERA INDUSTRIAL PARA 250 HOJAS	21,230	21,230
2	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	247	494
15	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518	7,770
32	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	619	19,808
3	CUADERNO GRADUADO CON ESPIRAL 100 HJS. MATEMAT.	245	735
4	CUCHILLO CARTONERO	149	596
1	FECHADOR 4MM.	495	495
3	INDICE ARCHIVADOR OFICIO	646	1,938
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204	2,040
10	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 NEGRO	553	5,530
2	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,089	2,178
2	LIBRO DE ACTAS 200 HOJAS ARON	1,779	3,558
1	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	1,962	1,962
2	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO AMARILLO	320	640
2	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO BEIGE	320	640
2	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	320	640
2	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO ALO COLORES	320	640
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	74,400
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	73,360
6	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UND. DURACELL	1,440	8,640
8	PILAS AAA x 4	1,551	12,408
14	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	3,080

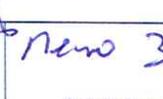
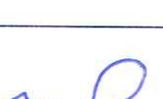
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	272,584
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	272,584
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	51,791
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	324,375

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO 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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 01

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

de Fecha **03-04-2014**

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	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	190	3,800
50	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	690	34,500
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	1,900
200	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	19,200

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SETENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	Renzo 30 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): 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 **
 de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

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

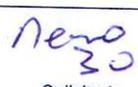
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO LETRA 1/2 OFICIO	612	6,120
10	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328	3,280
30	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	5,670
60	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	89,280
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	55,020
20	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	594	11,880

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	171,250
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	171,250
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	32,538
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	203,788

SON : DOSCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

 Emisor 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 01

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 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	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	862

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 : 421110	GASTOS EN COMPUTACION	VALOR NETO	862
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS		SUB-TOTAL	862
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140		IVA	164
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	1,026

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MIL VEINTISEIS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

070148

FECHA: 08-04-2014

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° 01

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 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	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS METAL ICA	3,800.00	3,800
30	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	14,580
2	CAJA ALFILERES	161.00	322
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	70.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	70.00	700
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336.00	3,360
10	DESTACADOR CELESTE	169.00	1,690
10	DESTACADOR NARANJO	169.00	1,690
2	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT AZUL	236.00	472
2	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	236.00	472
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22.00	4,400
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	880
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	4,900
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	4,900
30	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	28.00	840
1	MICA OFICIO 50 UND. GRIS	4,810.00	4,810
30	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	13,590
2	PITILLA CONO	399.00	798
1	SACA CORCHETE PINZAS	174.00	174
6	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN JG	108.00	648
10	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234.00	2,340
20	STICK FIX 40 gr. PRITT	615.00	12,300

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	81,166
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	81,166
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	15,422
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	96,588

SON : NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

 Emitted por	<i>Deno 30</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): 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 03-04-2014 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	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,455.00	7,275
20	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	5,680
10	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100.00	1,000
10	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45.00	450
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	3,780
20	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	10,360
5	CUCHILLO CARTONERO	149.00	745
10	DESTACADOR BIC AMARILLO	218.00	2,180
2	LIBRO DE ACTAS 200 HOJAS ARON	1,779.00	3,558
10	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	430
30	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,834.00	55,020
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,488.00	74,400
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	9,900
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198.00	9,900
30	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	5,940
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	4,400
5	TIJERAS GRANDE	352.00	1,760

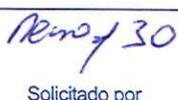
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	196,778
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	196,778
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	37,388
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	234,166

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y SEIS 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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

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

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 01

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

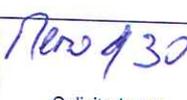
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. sírvasse despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO		
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	493	2,465
6	CAJA PARA CARPETA COLGANTE OFICIO 7 EUROBOX	129	258
10	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	1,659	9,954
4	CARPETA COLGANTE PUNTAS PLASTICAS (PO. 25 UNID.)	980	9,800
25	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	98	392
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	155	3,875
10	DESTACADOR AMARILLO	690	3,450
50	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	169	1,690
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX 100 UND.	22	1,100
2	LAPIZ PARA MARCAR CD	7,119	7,119
80	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	279	558
1	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCS 1 MM FIN	98	7,840
2	PILAS CR 2032 3 VOL	1,328	1,328
80	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	184	368
5	REGLA 30 CM CRISTAL	418	33,440
6	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	95	475
12	STICK FIX 40 gr. UHU	928	5,568
		580	6,960

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	96,640
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	96,640
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	18,362
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	115,002
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
BON : CIENTO QUINCE MIL DOS PESOS		

		
Emitido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-04-2014

sírvase despachar

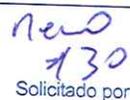
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,455	5,820
4	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,455	5,820
30	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284	8,520
5	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	945
2	CORCHETERA BOSH	3,234	6,468
20	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518	10,360
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204	2,040
5	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204	1,020
1	LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS ORGAREX	756	756
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	37,200
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	45,850
6	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,400	14,400
5	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	1,100
3	VISORES PORTALEYENDA TORRE 50 UNIDADES	506	1,518

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	141,817
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	141,817
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	26,945
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	168,762
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS 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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° **01**

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

de Fecha **03-04-2014**

sírvase despachar

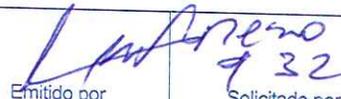
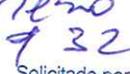
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862	17,240

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE 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 : 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		
MONTANTO : VEINTE MIL QUINIENTOS DIECISEIS 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): **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° 01

de Fecha **03-04-2014**

sírvase despachar

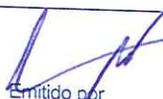
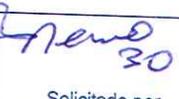
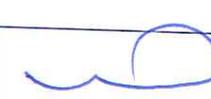
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

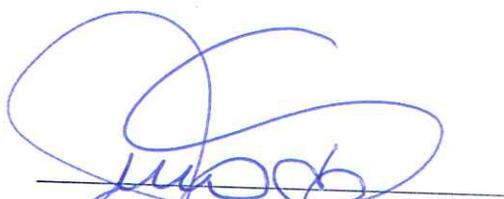
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID. OFICIO		
5	PEGAMENTO LA GOTITA	1,572	7,860
10	REGLA METALICA X 50 CM.	675	3,375
30	SACA PUNTAS METALICO	1,198	11,980
10	TACO BLANCO 9X9 CM.	96	2,880
		211	2,110

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	28,205
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,205
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	5,359
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,564
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS 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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 01

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

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

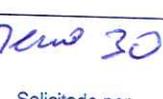
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS METAL ICA	3,800	7,600
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490	4,900
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	563	5,630
10	CAJA ALFILERES	161	1,610
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	3,620
5	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENDEL	1,527	7,635
10	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	214	2,140
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 330 GR.	184	1,840
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 340 GR.	260	2,600
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294	2,940
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	690	6,900
10	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	369	3,690
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369	3,690
10	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	732	7,320
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336	3,360
10	DEDOS GOMA AZUL	47	470
2	ELASTICO X KILO	1,939	3,878
5	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT AZUL	236	1,180
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	4,400
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	2,200
10	LAPIZ PARA MARCAR CD	279	2,790
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	2,940
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98	4,900
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	4,800
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	4,800
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	4,800
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43	860
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALD	453	4,530
10	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	509	5,090
5	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	472	2,360

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	121,353
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	121,353
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	23,057
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	144,410

SON : CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS

 Emitido por	 Solicitado 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN 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 **
de Fecha 03-04-2014

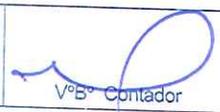
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. sívase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926	27,780
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP NEGRO	1,455	14,550
50	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45	2,250
50	CARPETA DE CARTON RHEIN	88	4,400
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	157	1,570
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.	157	1,570
10	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	584	5,840
5	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,722	43,610
30	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518	15,540
30	CUCHILLO CARTONERO	149	4,470
3	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UNID.	10,560	31,680
20	PAPEL CRAF PLIEGO	43	860

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	154,120
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	154,120
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	29,283
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	183,403
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS 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.

070140

07-04-2014

FECHA:

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

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° **01**

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

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	FUNDAS PLASTICAS PARA CUADERNO UNIVERSITARIO	52	5,200

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	5,200
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,200
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	988
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,188

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SEIS MIL CIENTO OCHENTA 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 01

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

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

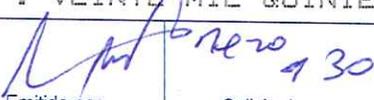
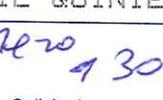
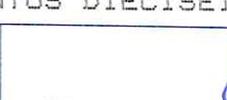
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	862.00	17,240

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	17,240
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,240
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	3,276
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,516
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MON : VEINTE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 01

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

de Fecha **03-04-2014**

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	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES		
5	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	28	560
3	MICA CARTA 30 UNID. NATURAL IBICO	6,990	34,950
1	MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO	1,343	4,029
		1,563	1,563
5	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.		
5	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	472	2,360
5	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID. OFICIO	1,875	9,375
3	PEGAMENTO LA GOTITA	1,572	7,860
3	PERFORADOR GRANDE cangaro	675	2,025
5	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	3,646	10,938
2	PITILLA COND	4,228	21,140
10	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	399	798
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	190	1,900
30	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	754	15,080
30	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	754	22,620
3	PORTA CLIPS UNID.	754	22,620
3	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	239	717
10	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	488	1,464
20	POST IT CHICO AMARILLO higland	532	5,320
15	SACA PUNTAS METALICO	148	2,960
10	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	96	1,440
25	STICK FIX 40 gr. PRITT	163	1,630
15	STICK FIX 40 gr. UHU	615	15,375
10	TACO BLANCO 9X9 CM.	580	8,700
5	TIJERAS 8.0 20.32 CM. MUNDIAL 437-8	211	2,110
		6,700	33,500

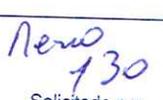
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	231,034
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	231,034
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	43,896
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	274,930

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS 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.

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° 01

de Fecha 03-04-2014

sírvase despachar

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

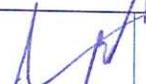
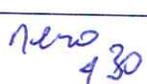
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	DESTACADOR CELESTE	169	845
5	DESTACADOR NARANJO	169	845
5	DESTACADOR ROSADO	169	845
10	DOBLE CLIP NEGRO GRANDE	761	7,610
10	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	149	1,490
5	DESTACADOR VERDE	169	845
1	ELASTICO X KILO	1,939	1,939
2	ESPIRAL 14 MM.NEGRO 100 HJS. (50 U.)	1,538	3,076
2	ESPIRAL 23 MM.NEGRO 155 HJS. (25 U.) IBICO	1,845	3,690
2	ESPIRAL 29 MM.NEGRO 200 HJS. (25 U.) IBICO	2,815	5,630
2	ESPIRAL 17 MM.NEGRO 100 HJS. (50 U.)	1,900	3,800
2	ESPIRAL 50 MM. 25 UD.	3,120	6,240
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	1,595	15,950
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILOT	1,595	15,950
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA ROJO PILOT	1,595	15,950
1,000	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	19,000
1,000	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	22,000
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	2,200
1	GUILLOTINA METALICA 40 CM.	21,239	21,239
5	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	7,119	35,595
20	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	70	1,400
3	LAPIZ PARA MARCAR CD	279	837
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	4,900
100	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	9,800
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	4,900
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	4,800
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	4,800
24	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,086	26,064
24	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,086	26,064
24	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE ROJO	1,086	26,064
1	LIBRO DE SALIDA (IMPRESIONES LORENA) 100 HJS	1,200	1,200

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	295,568
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	295,568
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	56,158
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	351,726
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

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

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 01

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M		
30	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	2,040	10,200
10	CAJA ALFILERES	486	14,580
10	CAJA ALFILERES CON CABEZAS DE COLOR	161	1,610
5	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	63	630
3	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/8	129	645
3	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/8	1,077	3,231
2	CAJA TERMOLAMINADO HEATSEAL DE 9" X 14.5"	588	1,764
6	CAJA EUROBOX Nro. 1 REVISTERO 25X8X29.5X1	7,119	14,238
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	849	5,094
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AZUL	980	4,900
5	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	980	4,900
5	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	190	950
5	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	189	945
5	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	89	445
10	CAJAS PARA CARPETAS COLGANTES EUROBOX	612	3,060
2	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	1,659	16,590
200	CARPETA CARTULINA AZUL	5,977	11,954
15	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	56	11,200
25	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	151	2,265
25	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	151	3,775
20	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	151	3,775
15	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	690	13,800
15	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	369	5,535
1	CLIPS MEDIANO X KG	732	10,980
5	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T. AZUL PEGAFIX	1,986	1,986
10	CORCHETERA TORRE B7	492	2,460
10	CUADERNILLO MATEMATICAS	5,031	50,310
10	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	51	510
5	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	2,890	28,900
20	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	256	1,280
10	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	336	6,720
20	DEDOS GOMA ROJO	3,120	31,200
		47	940

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	271,372
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	271,372
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	51,561
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	322,933

SON : TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

Emitido por *[Firma]* Solicitado por *Nero 130*
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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 07-04-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

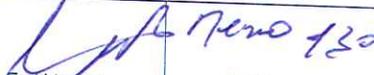
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,455	7,275
5	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,455	7,275
20	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100	2,000
10	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	328	3,280
10	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	339	3,390
10	CARPETA PLASTIFICADA CAFE C/ 2 BOLSILLO	116	1,160
10	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	116	1,160
10	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	116	1,160
30	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	5,670
20	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518	10,360
10	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE		
20	DESTACADOR BIC AMARILLO	968	9,680
5	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	218	4,360
1	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	10,560	52,800
12	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE NEGRO DOBLE PUNTA 36 115NG	1,962	1,962
12	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 361 15AZ	532	6,384
25	PAPEL CRAF PLIEGO		
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	43	1,075
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,488	74,400
5	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	1,834	91,700
10	PORTA MINAS 0.7	264	1,320
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	264	2,640
4	SACA CORCHETE PALANCA	220	4,400
10	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	195	780
15	TIJERAS GRANDE	110	1,100
		352	5,280

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	306,995
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	306,995
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	58,329
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	365,324
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO 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.



ORDEN DE COMPRA

070134

9/4

07-04-2014

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° 01

de Fecha 03-04-2014

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	PAPEL PAPELOGRAFO BLANCO 77X110 PLIEGO	41	615
5	PILAS CR 2032 3 VOL	184	920
5	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228	21,140
5	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,726	8,630
5	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	180	900
15	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	754	11,310
15	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	754	11,310
15	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	754	11,310
2	PORTA CLIPS UNID.	239	478
2	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	488	976
5	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234	1,170
15	TIJERAS PUNTA ROMA	173	2,595

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	71,354
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	71,354
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	13,557
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	84,911
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS 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.

FECHA: 07-04-2014

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° 01

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 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	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M		
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	2,040.00	10,200
10	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	486.00	9,720
8	CAJA EUROBOX Nro.1 REVISTERO 25X8X29.5X1	436.00	4,360
5	CAJA EUROBOX Nro.7 C,COLGANTE 37X20X26.5	849.00	6,792
15	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	1,659.00	8,295
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AZUL	362.00	5,430
15	CARPETA CARTULINA AZUL	980.00	4,900
3	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	56.00	840
3	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	424.00	1,272
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	439.00	1,317
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	151.00	755
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	151.00	755
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	151.00	755
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	151.00	755
8	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	151.00	755
8	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	280.00	2,240
8	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	280.00	2,240
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	280.00	2,240
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	70.00	1,050
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	70.00	700
20	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	70.00	1,050
5	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	369.00	7,380
2	CORCHETERA TORRE B7	732.00	3,660
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	5,031.00	10,062
20	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	44.00	880
5	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	72.00	1,440
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	70.00	350
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	4,900
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	98.00	4,900
2	PAPEL LUSTRE PLIEGO COLORES 70 x 50	96.00	2,880
		87.00	174

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	103,047
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	103,047
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	19,579
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	122,626

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS 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): 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 03-04-2014 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	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE		
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	926	18,520
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,455	4,365
2	CAJA ACCO CLIPS METALICO 50 UNID.	1,455	4,365
5	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	550	1,100
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	45	225
15	CARPETA DE CARTON	350	3,500
15	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS AZUL	88	1,320
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	324	4,860
2	CORCHETERA BOSH	189	3,780
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID.	3,234	6,468
	LIQUID PAPER	518	5,180
6	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE		
2	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	968	5,808
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,089	2,178
25	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,488	37,200
5	PILAS AA RECARGABLES 2000	1,834	45,850
5	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UNID. DURACELL	2,400	12,000
5	PILAS AAA x 4	1,440	7,200
1	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	1,551	7,755
25	REGLA 30 CM ALO	2,189	2,189
3	TIJERAS GRANDE	80	2,000
		352	1,056

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	176,919
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	176,919
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	33,615
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	210,534
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOSCIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS		

 Emitido por	Memo 130 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: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 01

y/o ejecutar, 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	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	732	8,784
1	GUILLOTINA METALICA 40 CM.	21,239	21,239
6	DESTACADOR VERDE	169	1,014
6	DESTACADOR ROSADO	169	1,014
6	DESTACADOR NARANJO	169	1,014
12	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	690	8,280
6	DESTACADOR CELESTE	169	1,014
6	DESTACADOR AMARILLO	169	1,014
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	1,152
2	CUCHILLO L-2 MANGO CAUCHO	5,390	10,780
20	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336	6,720
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	1,152
12	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	256	3,072
4	PAQUETE SOBRE 1/3 OFICIO 50 UNID.	831	3,324
4	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,875	7,500
4	PAQUETE SOBRE SACO 50 UNID.	1,771	7,084
3	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID. OFICIO	1,572	4,716
6	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	180	1,080
4	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA GOLD MEDIO PIL OT	190	760
4	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA SILVER MEDIO P ILOT	190	760
3	PLUMON POST MARKER 30 MM. AZUL	353	1,059
3	PLUMON POST MARKER 30 MM. NEGRO	353	1,059
2	PORTA CLIPS UNID.	239	478
20	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	163	3,260
1	TARJETERO VINILICO PARA 100 TARJETAS	465	465

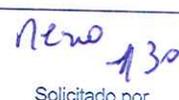
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	97,794
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	97,794
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	18,581
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,375

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

 Emtido 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: 07-04-2014

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

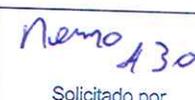
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	10,560	21,120
3	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	495	1,485
12	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	2,268
3	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,089	3,267
6	LIBRO ASISTENCIA DE 100 HOJAS ORGAREX	1,309	7,854
6	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,722	52,332
6	LAPIZ TOP 505 PASTA AZUL	72	432
6	LAPIZ SCHNEIDER PUNTA MEDIA AZUL	72	432
2	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	1,962	3,924
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	22,320
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	27,510
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198	1,980
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198	1,980
6	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	1,320
5	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	645	3,225
35	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	3,850
4	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	594	2,376

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	157,675
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	157,675
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	29,958
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	187,633

SON : CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA 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.

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

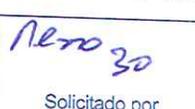
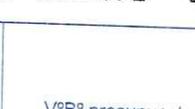
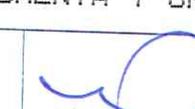
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO		
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	926	7,408
4	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	121	605
12	CARPETA PLASTIFICADAS	284	1,136
2	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	116	1,392
2	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	594	1,188
3	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	645	1,290
2	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	363	1,089
2		518	1,036
15	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP		
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	189	2,835
2	TIJERAS GRANDE	1,455	1,455
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	352	704
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	198	2,376
4	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	1,455	4,365
5	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	350	1,400
1	PILAS AAA x 4	220	1,100
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	1,551	1,551
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	198	2,376
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,834	73,360
3	CUCHILLO CARTONERO	1,488	59,520
3	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	149	447
		1,089	3,267

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 : 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
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS DOS MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 169,900
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 169,900
IVA 32,281
TOTAL FACTURA 202,181

 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: 07-04-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 01

y/o ejecutar, 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	CLIPS MEDIANO X KG	1,986	3,972
10	STICK FIX 40 gr. UHU	580	5,800
50	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO	151	7,550
5	DESTACADOR ROSADO	169	845
20	CARPETA CARTULINA AZUL	56	1,120
2	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,948	9,896
80	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	1,760
10	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	189	1,890
15	SACA PUNTAS METALICO	96	1,440
5	DESTACADOR NARANJO	169	845
5	DESTACADOR CELESTE	169	845
20	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	436	8,720
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	4,900
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	9,720
10	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	7,119	71,190
1	PERFORADOR INDUSTRIAL PARA 160 HOJAS	45,330	45,330
30	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	1,320
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL.BASICOS) ALO	453	4,530
80	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	1,520
5	DESTACADOR AMARILLO	169	845
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	336	3,360
10	CUADERNO OFICIO CUADRICULADO TORRE	2,839	28,390
5	DESTACADOR VERDE	169	845
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	4,900

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	221,533
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	221,533
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	42,091
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	263,624

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO 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 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.:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

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

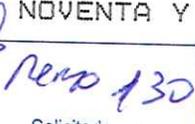
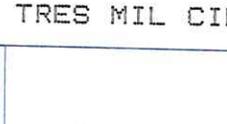
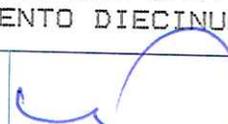
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518	2,590
4	CORCHETERA BOSH	3,234	12,936
50	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	5,500
10	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	45	450
10	PORTA MINAS 0.7	264	2,640
10	PAPEL CRAF PLIEGO	43	430
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	121	1,210
5	BASE TACO CALENDARIO	1,389	6,945
10	CUCHILLO CARTONERO	149	1,490
2	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	1,962	3,924
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,488	74,400
20	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,834	36,680
10	LIBRO ASISTENCIA DE 100 HOJAS ORGAREX	1,309	13,090

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	162,285
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,285
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	30,834
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	193,119

SON : CIENTO NOVENTA Y TRES MIL CIENTO DIECINUEVE 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: 07-04-2014

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° 01

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

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

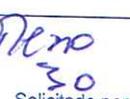
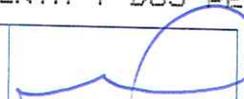
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TAMPON 11 X 7	794	1,588
10	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	532	5,320
10	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439	4,390
20	FUNDAS PLASTICAS CARTA	19	380
5	DEDOS GOMA AZUL	47	235
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	690	6,900
20	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	22	440
3	CORCHETERA TORRE B7	5,031	15,093

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 : 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 : CUARENTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 34,346
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 34,346
 IVA 6,526
 TOTAL FACTURA 40,872

 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): 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 03-04-2014 sírvase despachar

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

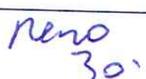
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS MEDIO OFICIO 2 2X16 RHEIN	756	2,268
50	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	5,500
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	55,020
12	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204	2,448
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488	74,400
5	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO BEIGE	320	1,600
50	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE	324	16,200
5	CUCHILLO CARTONERO	149	745
10	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	116	1,160
48	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926	44,448
5	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	242	1,210
50	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS AZUL	324	16,200

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	221,199
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	221,199
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	42,028
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	263,227

MONTO : DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

Señor(es): UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO 716443000

FECHA:

Dirección: AV. PLAZA 680

At.: Sr.: BERNARDITA HERNANDEZ

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
2	CURSO FUNDAMENTAL: LIDERAZGO ESCOLAR	378,000.0	756,000
2	TEMATICO I TENDENCIAS INTERNACIONALES Y POLITICAS	385,000.0	770,000
2	TEMATICO II FUNDAMENTOS DEL CV Y ESTANDARES EDUC.	385,000.0	770,000
2	TEMATICO III SIST. DE EVALUACION DE APRENDIZAJES Y RESULTADO.	385,000.0	770,000
2	MODULO I DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL PARA LA EFECTIVIDAD ESCOLAR	587,000.0	1,174,000
2	MODULO II PROYECTO EDUC. Y PLAN ESTRATEGICA	398,000.0	796,000
2	TALLER I DESARROLLO PERSONAL PARA LA AUTOGESTION Y LIDERAZGO	157,000.0	314,000
2	TALLER II COMUNICACION ESTRATEGICA Y LIDERAZGO	157,000.0	314,000
0	BERNARDITA UNDURRAGA YANEZ RUT: 7.981.848-8	0.0	0
0	PAULA ERRAZURIZ PEREZ RUT: 10.295.033-K	0.0	0

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	: 421113 PERFECCIONAMIENTO Y CAPACITACION	VALOR NETO	5,664,000
DESTINO	: DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	5,664,000
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,664,000

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTANTO : CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS

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

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): ARTICULOS DEPORTIVOS SIDERAL LTDA. 770607205

Dirección: AV. B. O' HIGGINS 3409

Teléfono: 7763323

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

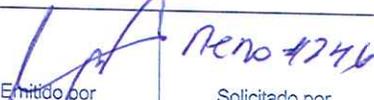
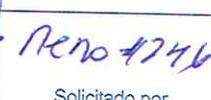
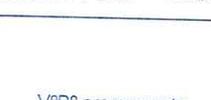
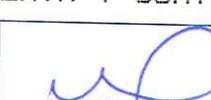
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	BALONES DE FUTSAL TRAIN	8,824.00	35,296
3	SACOS PORTA BALONES	2,429.00	7,287

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 : 431109 IMPLM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	42,583
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	42,583
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	8,091
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,674

SON : CINCUENTA MIL SEISCIENTOS SETENTA 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.

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 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	PELOTAS DE TENIS DE MESA DOBLE CIRCULO 6 UND X CAJA	831.00	24,930
15	PALETAS DE TENIS DE MESA	4,193.00	62,895
10	RED Y SOPORTE PARA TENIS DE MESA	1,924.00	19,240
10	BALONES DE FUTBOL MARCA TRAIN N° 5 OFICIAL COD 731	9,159.00	91,590
1	JUEGO DE CAMISETAS DE FUTBOL (15 CAMISETAS AMARILLAS, 15 PANTALONES AZUL Y EQUIPO ARQUERO) M ODEL MONTERREY COD 888-8	231,806.00	231,806
24	PELOTAS DE TENIS CAJA 3 UND	2,512.00	60,288

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION 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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 431109 IMPLM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	490,749
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	490,749
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	93,242
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	583,991
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS		

Emitted por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>246</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador <i>[Signature]</i>
--------------------------------	---------------------------	------------------	----------------------------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

[Signature]
AUTORIZADA POR

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

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
78	ENMARCAACIONES 22 X 28 DE CERTIFICADOS MARCO 16 20 COLOR CARAMELO VIDRIO SIMPLE	4,750.00	370,500

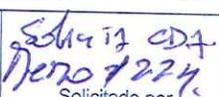
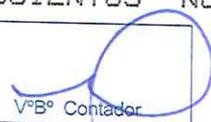
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	370,500
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	370,500
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	70,395
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	440,895

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : CUATROCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO 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 BILINGUAL LIMITADA 760988049

Dirección: GUARDIA VIEJA 255 OF 803

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	MESAS DE PING PONG MOVIL CON RUEDAS FABRICADA MDF DE MEDIANA DENSIDAD MARCA DOUBLE FISH	145,000.00	1,450,000

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 : 424123 EXTRAESC.TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	1,450,000
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 1,450,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 275,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 1,725,500

SON : UN MILLON SETECIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804762001

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
5	CARTRIDGE CE310A NEGRO	22,455.00	112,275
5	CARTRIDGE CE312A AMARILLO	27,075.00	135,375
5	CARTRIDGE CE311A CYAN	26,336.00	131,680
5	CARTRIDGE CE313A MAGENTA	25,514.00	127,570

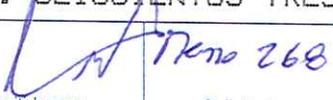
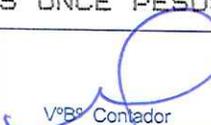
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	506,900
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 506,900
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 96,311
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 603,211

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 04-04-2014

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

Dirección: AVDA. LAS AMERICAS 173

Teléfono: 2412112

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 04

y/o ejecutar, 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	AMPARAX SUBLINGUAL 1 MG X 25	12,219	183,285

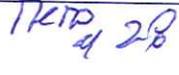
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	183,285
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	183,285
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	34,824
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	218,109

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-04-2014 sírvase despachar

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

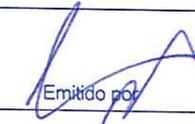
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
13	BERODUAL P/NEBULIZACION	2,990	38,870

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	38,870
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,870
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	7,385
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,255

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

 Emitido por	<i>Renzo 2-8</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	------------------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 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.

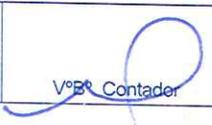
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CAPTOPRIL 25 MG.	600	1,200

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,200
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0,0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	228
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,428

SON : UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

 Emitido por	Aeno 39 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

070114

FECHA: 04-04-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-04-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
26	BROTIZOLAM 0,25 MG (NOCTILAN ENV. 20 COMP.)	6,265	162,890

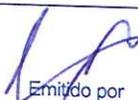
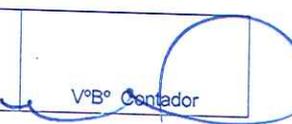
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	162,890
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,890
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	30,949
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	193,839

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : CIENTO NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

	<i>Renzo ZB</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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-04-2014 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	ACIDO VALPROICO 200 MG	28,000	28,000
20	LAMOTRIGINA 50MG. X500 COMP. (TRADOX)	12,000	240,000

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	268,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	268,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	50,920
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	318,920

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

<i>Lab Nro 28</i> Emitido por	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-04-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°04

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

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

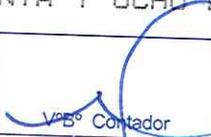
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
19	COMPLEJO B TONOPRON x 20	1,800	34,200

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	34,200
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	34,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,498
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,698

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CUARENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Ren 28</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.

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 03-04-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100	24,800
40	CLONAZEPAN 0,5 MG x 1000	16,000	640,000
3	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,800	23,400
616	QUETIAPINA 100 MG x 30	4,200	2,587,200

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	3,275,400
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,275,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	622,326
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,897,726

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTISEIS - PESOS

 Emitido por	<i>Nº 28</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.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-04-2014 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	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	6,000	24,000

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	24,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,560
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

	nero 28		
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): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-04-2014 sírvase despachar

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

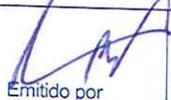
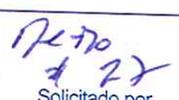
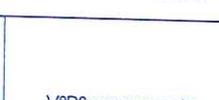
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
458	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650	1,213,700

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,213,700
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,213,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	230,603
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,444,303

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

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

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

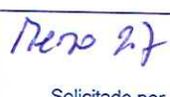
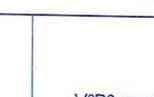
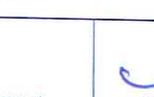
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BROMHEXINA JBE 4 MG/5ML por 25	9,250	18,500

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	18,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	3,515
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,015

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTIDOS MIL QUINCE 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): 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 02-04-2014 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	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000	8,900	17,800
83	METFORMINA 850 MG por 1000	7,800	647,400
2	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800	17,600
1	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100	49,000	49,000
1	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,000	11,000
3	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,800	38,400
69	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800	331,200
1	CEFADROXILO 500 MG por 100	6,800	6,800
49	ENALAPRILA 10 MG por 1000	2,200	107,800
375	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	160	60,000
4	AMOXICILINA 500 MG por 500	12,000	48,000
25	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,400	135,000
69	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500	586,500
5	ATENOLOL 100 MG por 1000	12,000	60,000
1	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	19,000	19,000
207	ESTRADIOL 2 MG X 30 COMP	3,960	819,720

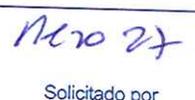
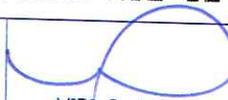
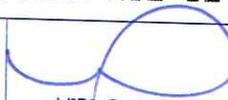
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,955,220
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,955,220
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	561,492
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,516,712

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES QUINIENTOS DIECISEIS MIL SETECIENTOS DOCE 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.

070106

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 04 de Fecha 02-04-2014 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. sírvase despachar

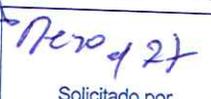
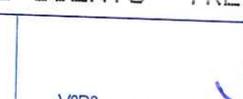
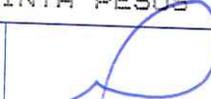
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,700	2,700
9	OFTABIOTICO COLIRIO	2,700	24,300

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 : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS

VALOR NETO 27,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 27,000
 IVA 5,130
 TOTAL FACTURA 32,130

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

FECHA: 04-04-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 04
 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 03-04-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
43	MACROSAN 100 MG POR 50		
220	JABON GERM TRICLOSAM 1%	4,250	182,750
8	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	485	106,700
30	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	15,000	120,000
2	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	1,500	45,000
51	AC. FOLICO 5 MG por 30	7,000	14,000
45	AC. FOLICO 1 MG POR 30	960	48,960
		450	20,250

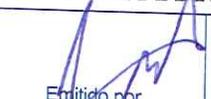
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	537,660
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	537,660
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	102,155
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	639,815

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS QUINCE PESOS

 Emitido por	<i>Nero 27</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.

070104

FECHA: 04-04-2014

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 01-04-2014 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	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200	32,800
149	FLUCONAZOL 150 MG X 2 COMP.	15,450	2,302,050
1	ANTIESPASMODICO SUPOSITORIO ADULTO X50	4,950	4,950

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	2,339,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,339,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	444,562
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,784,362

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y -
DOS 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.

070103

FECHA: 04-04-2014

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 02-04-2014 sírvase despachar

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

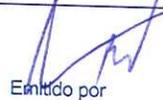
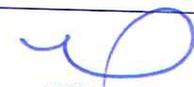
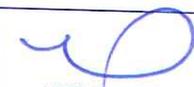
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
29	PASTA LASAR 30 Grs.	545	15,805
219	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472	103,368
4	SAL REHIDRATAC ORAL 60 mEqX30SOB por 30	6,237	24,948

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	144,121
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	144,121
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	27,383
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	171,504

SON : CIENTO SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS

 Emitido por	<i>Deno 27</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.

Señor(es): CARDENAS Y PEDEMONTA 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
201	BENGUE POMADA POTE 30 GRS.		
7	VASELINA LIQUIDA x 125 ML.	430.0	86,430
12	VASELINA SOLIDA 30 GRS.	597.0	4,179
		450.0	5,400

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P. FARMC. Y QUIMICOS	VALOR NETO	96,009
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	96,009
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	18,242
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	114,251

SON : CIENTO CATORCE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

Emiteo 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: 04-04-2014

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 03-04-2014 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	PROPANOLOL 10 MG por 1000		
2	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,800	52,200
1	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000	5,500	11,000
70	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	9,200	9,200
137	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	870	60,900
590	SERTRALINA 50 MG POR 30	5,900	808,300
12	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	430	253,700
2	CONTRALMOR SUPOSITARIO	16,300	195,600
4	AC. ASCORBICO 500 MG por 30	2,000	4,000
		1,113	4,452

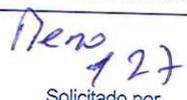
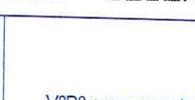
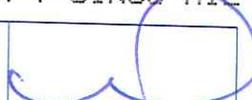
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,399,352
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,399,352
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	265,877
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,665,229

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE 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: 04-04-2014

Señor(es): LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 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
8	PAROXETINA 20 MG.	22,500	180,000
135	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,500	1,147,500
34	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	4,500	153,000
8	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	890	7,120
5	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300	11,500
1	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	9,000	9,000

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	1,508,120
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,508,120
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	286,543
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,794,663
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA 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): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 sírvase despachar

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

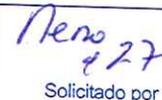
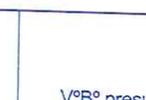
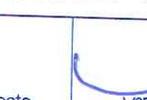
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
26	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	5,300	137,800
250	PARACETAMOL 500 MG por 1000	2,000	500,000
6	LORATADINA 10 MG POR 1000	6,600	39,600
5	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	10,000	50,000
4	CLORANFENICOL SOLUC. OFTALMICO 0.5% X10.ML. X 1 FCO	800	3,200
20	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	1,790	35,800
11	ATORVASTATINA 10 MG por 30	321	3,531
42	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	5,200	218,400
107	VITAMINA B1+B6+B12 POR 3	2,073	221,811
2	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	18,975	37,950

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	1,248,092
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,248,092
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	237,137
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,485,229
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE - 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): DROGUERIA COMERC. E INVERSIONES PHARMA BROTHERS SPA 761955411

Dirección: INGLATERRA 1412

Teléfono:

At.: Sr.: IGNACIO RAMOS
De acuerdo a su cotización N° 04

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

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

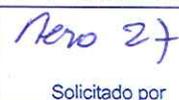
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	3,500	52,500

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	52,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	52,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,975
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,475

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO 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.

070097

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 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	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,800	87,000

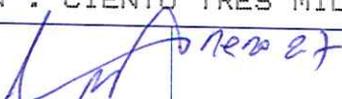
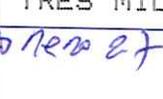
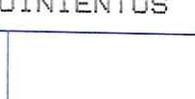
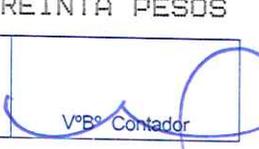
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	87,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	87,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,530
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	103,530

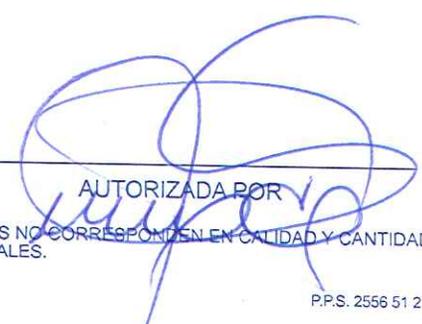
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TRES MIL QUINIENTOS TREINTA PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR



OBSERVACIONES:

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

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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
376	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	1,800	676,800
4	IBUPROFENO 400 MG por 1000	10,000	40,000
7	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	8,000	56,000
12	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 250	2,300	27,600
23	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	190	4,370
50	ATORVASTATINA 20 MG. x 30 COMP.	19,000	950,000
1	AC. ACETILSALICILICO 500 MG/ por 1000	10,800	10,800
1	DOMPERIDONA 10 MG por 1000	12,000	12,000

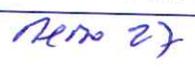
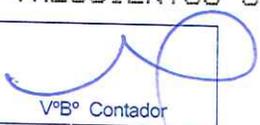
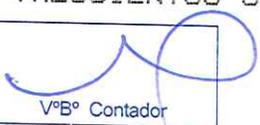
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

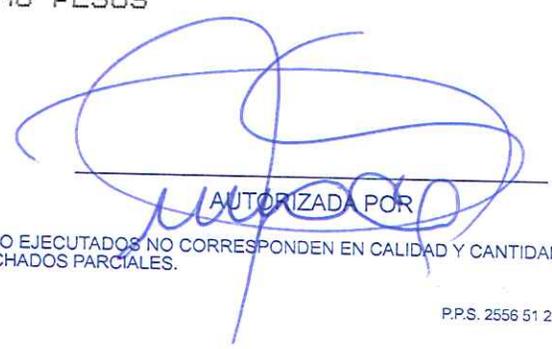
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,777,570
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,777,570
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	337,738
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,115,308

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CIENTO QUINCE MIL TRESCIENTOS 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): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-04-2014 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
924	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650	2,448,600

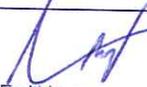
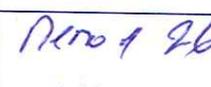
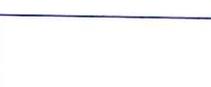
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

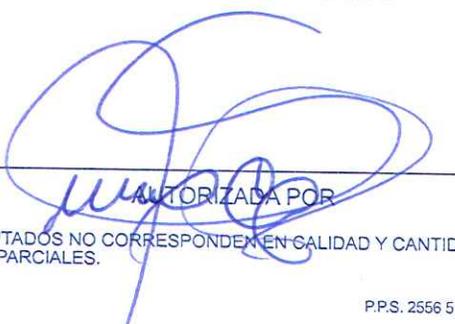
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,448,600
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,448,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	465,234
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,913,834

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS TREINTA 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.

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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
227	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	290	65,830
1	IBUPROFENO JBE. 200 MG por 25	16,250	16,250
40	AMBROXOL JBE 4MG/60ML	380	15,200

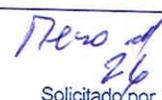
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	97,280
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	97,280
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,483
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	115,763

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO QUINCE MIL SETECIENTOS SESENTA 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.

FECHA: 04-04-2014

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 02-04-2014 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	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100		
36	TROLIT CJ/21 CM.	49,000	49,000
46	METFORMINA 850 MG por 1000	4,100	147,600
5	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	7,800	358,800
9	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	8,800	44,000
14	AMOXICILINA JARABE 500 MG por 25	11,000	99,000
42	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	14,375	201,250
2	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	4,800	201,600
1	COTRIMOXAZOL FORTE 800/160 por 1000	12,800	25,600
12	CLARITROMICINA 500 MG por 100	19,000	19,000
277	ENALAPRILA 10 MG por 1000	11,900	142,800
3	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	2,200	609,400
5	ATENOLOL 100 MG por 1000	14,000	42,000
18	AMOXICILINA 500 MG por 500	12,000	60,000
		12,000	216,000

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

VALOR NETO 2,216,050
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 2,216,050
IVA 421,050
TOTAL FACTURA 2,637,100

MONEDA : DOLAR
MONTANTO : DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIEN PESOS

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

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 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
384	JABON GERM TRICLOSAM 1%	485	186,240
61	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	15,000	915,000
6	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	7,000	42,000
498	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500	747,000

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	1,890,240
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,890,240
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	359,146
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,249,386

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y -
SEIS PESOS

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

[Signature]
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.

070091

FECHA: 04-04-2014

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 01-04-2014 sírvase despachar

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

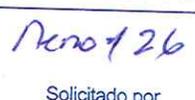
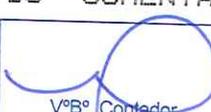
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PREDNISONA 5 MG por 1000	8,200	82,000
22	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	875	19,250

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	101,250
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	101,250
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,238
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	120,488

SON : CIENTO VEINTE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA 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.

070090

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:
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.

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	SAL REHIDRATAC ORAL 60 mEqX30SOB por 30	6,237	43,659
706	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472	333,232

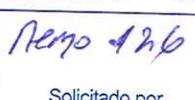
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	376,891
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	376,891
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	71,609
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	448,500

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS

 Emisor 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): **CARDENAS Y PEDEMONTE S. A. 789254400**

Dirección: **AGUSTINAS N° 695**

Teléfono:

At.: Sr. **FREDDY MILLA**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

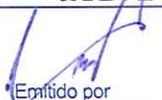
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	VASELINA SALICILADA 5%	530.0	3,710
8	VASELINA LIQUIDA x 125 ML.	597.0	4,776
1,380	TRIMEBUTINO MALEATO 100 MG. x 20 COMP.	418.0	576,840
720	VASELINA SOLIDA 30 GRS.	450.0	324,000
930	BENGUE POMADA POTE 30 GRS.	430.0	399,900

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,309,226
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,309,226
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	248,753
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,557,979

SON : UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y -
NUEVE PESOS

	<i>Nro 426</i>	
Emtido por	Solicitado 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 04-04-2014

Señor(es): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:
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.

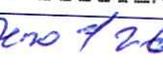
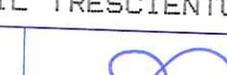
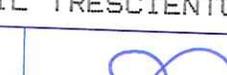
** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

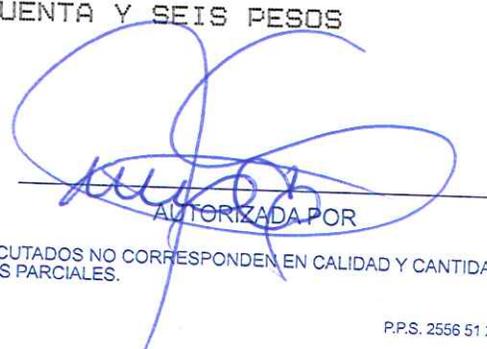
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PROPANOLOL 10 MG por 1000		
513	SERTRALINA 50 MG POR 30	5,800	5,800
1	METAMIZOL SODICO 300MG por 600	430	220,590
5	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	10,500	10,500
32	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	5,500	27,500
1	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	16,300	521,600
18	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	12,000	12,000
149	AC. ASCORBICO 500 MG por 30	3,100	55,800
		1,113	165,837

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 1,019,627
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA DESCUENTO 0.0 0
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 1,019,627
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140 IVA 193,729
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 1,213,356
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : UN MILLON DOSCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS 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): LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 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	PAROXETINA 20 MG.	22,500	202,500
108	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,500	918,000
73	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	890	64,970
18	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300	41,400

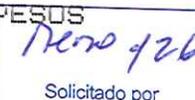
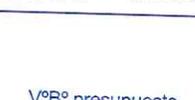
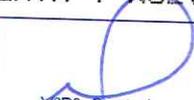
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 1,226,870
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,226,870
IVA 233,105
TOTAL FACTURA 1,459,975

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y -
CINCO 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): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 02-04-2014 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
32	PARACETAMOL 500 MG por 1000		
2	LORATADINA 10 MG POR 1000	2,000	64,000
18	KILNITS SHMP 1% 60 ML	6,600	13,200
25	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	1,788	32,184
25	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	5,300	132,500
64	FLUOXETINA 20 MG L CHILE CMP POR 30	1,790	44,750
1	CIPROFLOXACINO 500 MG por 1000	6,000	384,000
1	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	12,000	12,000
34	ATORVASTATINA 10 MG por 30	10,000	10,000
65	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	321	10,914
		5,200	338,000

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 : 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
 MON : UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS -

VALOR NETO 1,041,548
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,041,548
 IVA 197,894
 TOTAL FACTURA 1,239,442

PESOS

Emitted por: *[Signature]*
 Solicitado por: *[Signature]*
 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 04

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 02-04-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

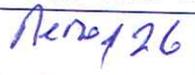
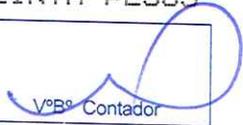
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,800	87,000

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	87,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	87,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	16,530
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	103,530

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO TRES MIL QUINIENTOS TREINTA 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.

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

FECHA: 04-04-2014

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL
De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 03-04-2014 sírvase despachar

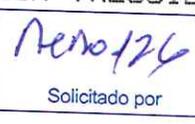
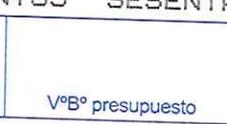
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
420	LEVOTIROXINA 100 MG X 90 CM		
8	IBUPROFENO 400 MG por 1000	1,800	756,000
12	DICLOFENACO 50 MG por 1000	10,000	80,000
1	FURAZOLIDONA JBE. 50 MG/100ML por 25	10,000	120,000
22	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	15,000	15,000
		8,000	176,000

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	1,147,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,147,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	217,930
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,364,930
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS 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.

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
1	TONER BROTHER TN-210 MAGENTA	26,120.00	26,120
1	TONER BROTHER TN-210 NEGRO	27,286.00	27,286

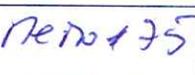
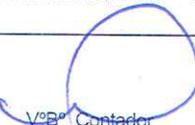
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	53,406
DESTINO	: CENTRO IMAGENOLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	53,406
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	10,147
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,553

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES 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.

070081

FECHA: 02-04-2014

Señor(es): DIMACOFI S.A. 920830005

Dirección: AV. VITACURA 2939 PISO 15

Teléfono: 2229177

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.

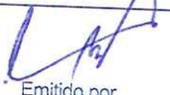
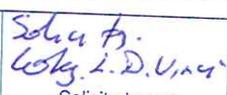
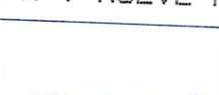
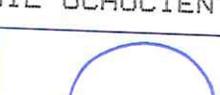
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TINTA NEGRA RISO CZ-180 ORIGINAL COD 41364	15,390.00	123,120
8	MASTER RISO CZ-180 ORIGINAL COD 41365	24,510.00	196,080

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	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	DESCUENTO 0.0	319,200
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI		0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	319,200
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	60,648
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	379,848

MON : TRESIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070074

FECHA: 02-04-2014

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 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SET BOX SPRING FLEX THERAPEDIC 1 PLAZA MAS TEX TIL	151,252.10	302,504

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 : 431101 MOBILIAR.OFICINA
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 302,504
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 302,504
 IVA 57,476
 TOTAL FACTURA 359,980

MONTO : TRESIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

Emittido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070073

FECHA: 02-04-2014

Señor(es): GALENICA S. A. 796220600

Dirección: AV. SALVADOR 1505

Teléfono: 2090768

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CONVENIO LYPHOCHECK CHEMISTRY ASSAYED LEVEL	363,462.0	726,924

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	726,924
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	726,924
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	138,116
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	865,040

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUARENTA PESOS

	<i>Aero 006</i>		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

SERVACIONES:

ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
OTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

AUTORIZADA POR


FECHA: 01-04-2014

Señor(es): ORTOTEK PUNTO DENTAL LTDA 796733500

Dirección: AVDA. PROVIDENCIA 2653

Teléfono: 2323093

At.: Sr. IRENE SOBOCKI
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.

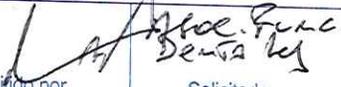
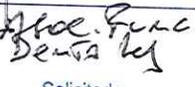
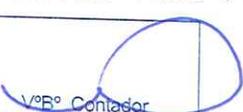
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SET DE MICROIMPLANTES CAJA Y 10 TORNILLOS	93,445.0	93,445
5	ROLLOS DE CADENETA CONTINUA TRANSPARENTE DETSP LY	5,673.0	28,365
1	SET DE BANDAS 1ER MOLAR SUP IZQ MBT CON TUBO D OBLE CAJA DE PALATINA	27,310.0	27,310
1	SET DE BANDAS 1ER MOLAR SUP DER MBT CON TUBO D OBLE Y CAJA DE PALATINA	27,310.0	27,310
1	SET DE BANDAS 1ER MOLAR IZQ MBT CON TUBO DOBLE	21,521.0	21,521
1	SET DE 1ER MOLAR INF DER MBT CON TUBO DOBLE	21,521.0	21,521
1	SET DE BANDAS DE 2DO MOLAR SUP IZQ MBT	21,521.0	21,521
1	SET DE BANDAS 2DO MOLAR SUP DER MBT	21,521.0	21,521
1	SET DE BANDAS 2DO MOLAR INF IZQ MBT	21,521.0	21,521
1	SET DE BANDAS 2DO MOLAR INF DER MBT	21,521.0	21,521
10	SET DE BRACKETS GEMINI MBT	21,764.0	217,640

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 : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS
DESTINO : DIRECCION DE SALUD
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS TRES PESOS

VALOR NETO 523,196
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 523,196
IVA 99,407
TOTAL FACTURA 622,603

 Emisor 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: 01-04-2014

Señor(es): ORTOTEK PUNTO DENTAL LTDA 796733500

Dirección: AVDA. PROVIDENCIA 2653

Teléfono: 2323093

At.: Sr. IRENE SOBOCKI
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	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø19 X Ø25 SUPERIOR F ORMA ESTRECHA	2,269.0	6,807
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø19 X Ø25 INFERIOR F ORMA ESTRECHA	2,269.0	6,807
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø19 X Ø25 SUPERIOR F ORMA TRUEFORM	2,269.0	6,807
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø19 X Ø25 INFERIOR F ORMA TRUEFORM	2,269.0	6,807
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø19 X Ø25 BRAIDED TRUEFORM	9,412.0	28,236
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø19 X Ø25 BRAIDED FORM TRUEFORM	2,269.0	6,807
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø17 X Ø25 SUPERIOR F ORMA ESTRECHA	2,269.0	6,807
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø17 X Ø25 INFERIOR F ORMA ESTRECHA	2,269.0	6,807
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø17 X Ø25 SUPERIOR F ORMA TRUEFORM	2,269.0	6,807
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO Ø17 X Ø25 INFERIOR F ORMA TRUEFORM	2,269.0	6,807
15	TUBOS DOBLES ADHESIVOS DE 1 MOLAR SUPERIOR MBT	798.0	11,970
15	TUBOS DOBLES ADHESIVOS DE 1 MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO MBT	798.0	11,970
15	TUBOS DOBLES ADHESIVOS 1 MOLAR INFERIOR DERECHO MBT	798.0	11,970
15	TUBOS DOBLES ADHESIVOS 1 MOLAR INFERIOR IZQUIERDO MBT	798.0	11,970
15	TUBOS ADHESIVOS 2 MOLAR SUPERIOR DERECHO MBT	798.0	11,970
15	TUBOS ADHESIVOS 2 MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO MBT	798.0	11,970
15	TUBOS ADHESIVOS 2 MOLAR INFERIOR IZQUIERDO MBT	798.0	11,970
15	TUBOS ADHESIVOS 2 MOLAR INFERIOR DERECHO MBT	798.0	11,970
1	SET DE ARCOS TWIST FLEX Ø.155	7,227.0	7,227
2	SET DE ALAMBRES BOND A BRIDE	29,075.0	58,150
6	CAJAS DE HOOK CRIMPALES LARGOS	5,714.0	34,284
20	RESORTES DE NITI DE 150 GR	9,972.0	199,440
2	ROLLOS DE RESORTE DE NITI CERRADO	28,403.0	56,806

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION 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 : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	541,166
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	541,166
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	102,822
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	643,988

MONEDERA : SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

		V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	--	------------------	---------------

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ORTOTEK PUNTO DENTAL LTDA 796733500

Dirección: AVDA. PROVIDENCIA 2653

Teléfono: 2323093

At.: Sr.: IRENE SOBOCKI
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	DIRECTORES DE LIGADURAS		
1	ALICATE CORTE DISTAL HU FRIEDY	6,303.0	31,515
1	ALICATE CORTE LIGADURAS MINI HU FRIEDY	82,353.0	82,353
1	ALICATE PARA DOBLAR COLAS DE NITI	65,546.0	65,546
20	CAJA PORTA PLANOS	51,260.0	51,260
6	CAJA DE HOOKS CRIMPALES LARGOS PARA ARCOS DE O RTODONCIA	3,782.0	75,640
		5,714.0	34,284
6	CAJA DE BOTONES ADHESIVOS DE ORTODONCIA		
1	SET DE SEPARADORES INTRORALES PARA ORTODONCIA	4,874.0	29,244
3	CAJA DE 10 ARCOS DE NITI TERMOACTIVO 014 SUPERIOR ROCKY MOUNTAIN	13,781.0	13,781
3	CAJA DE 10 ARCOS DE NITI TERMOACTIVO 014 INFERIOR ROCKY MOUNTAIN	7,395.0	22,185
3	CAJA DE 10 ARCOS DE NITI TERMOACTIVO 018 SUPERIOR	7,395.0	22,185
3	CAJA DE 10 ARCOS DE NITI TERMOACTIVO 018 INFERIOR	7,395.0	22,185
3	CAJA DE 10 ARCOS DE NITI TERMOACTIVO 019 X 025 SUPERIOR FORMA ESTRECHA	9,580.0	28,740
3	CAJA DE 10 ARCOS DE NITI TERMOACTIVO 019 X 025 INFERIOR FORMA ESTRECHA	9,580.0	28,740
3	CAJA DE 10 ARCOS DE NITI TERMOACTIVO 019 X 025 SUPERIOR FORMA TRUEFORM	12,185.0	36,555
3	CAJA DE 10 ARCOS DE NITI TERMOACTIVO 019 X 025 INFERIOR FORMA TRUEFORM	12,185.0	36,555
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO 012 SUPERIOR	1,933.0	5,799
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO 012 INFERIOR	1,933.0	5,799
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO 016 SUPERIOR	1,933.0	5,799
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO 016 INFERIOR	1,933.0	5,799
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO 020 SUPERIOR	1,933.0	5,799
3	CAJA DE 10 ARCOS DE ACERO 020 INFERIOR	1,933.0	5,799

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 : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	637,747
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	637,747
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	121,172
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	758,919

PERSONA : SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS

Estando 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: 01-04-2014

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° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

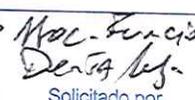
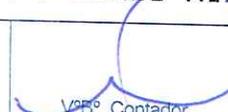
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	RESINAS COMPUESTAS Z350 XT COLOR A2	13,866.0	27,732
2	RESINAS COMPUESTAS Z350 XT COLOR A3	13,866.0	27,732
2	RESINAS COMPUESTAS Z350 XT COLOR A1	12,185.0	24,370
4	PUNTA DE CAVITRON 30 G UNIVERSAL	35,126.0	140,504
8	CAJAS DE MASCARILLAS	924.0	7,392
1	CAJA DE SERVILLETAS ELITE	2,017.0	2,017
10	BIDONES DE DETERGENTE ENZIMATICO	18,908.0	189,080
10	BOLSA DE EYECTORES	1,244.0	12,440
1	CAJA DE HOJAS DE BISTURI N 15	4,118.0	4,118
20	JERINGAS DE PEROXIDO DE CARBAMIDA AL 15%	16,303.0	326,060
10	PINZAS DE ALGODON	672.0	6,720
500	VASOS PARA PACIENTE	13.0	6,500
5	VASOS DAPPEN DE SILICONA	1,092.0	5,460
10	CAJA DE TIPS O MICROAPLICADORES DE TAMANO PEQUENO	2,017.0	20,170
2	SET DE VITREMER 3M	47,731.0	95,462
1	SET DE CEMENTO RELYX TM u100 EN CLICKER KIT INTRODUCTORIA	78,824.0	78,824
1	SET DE DISCOS SOFLEX	51,261.0	51,261
5	BIDONES DE CLORHEXIDINA AL 0.12%	5,714.0	28,570
15	CAJA DE SUPER FLOSS ORAL B	1,303.0	19,545
12	CAJA DE GASA ESTERIL	1,555.0	18,660
5	KILO DE YESO VEL MIX AZUL	1,933.0	9,665
1	BOLSA DE POMEZ FINA	1,429.0	1,429
1	CAJA DE SUTURA	20,840.0	20,840
2	CAJA DE JERINGAS MOND JET DE ENDODONCIA	23,950.0	47,900

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.-

CUENTA : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	1,172,451
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	1,172,451
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	222,766
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,395,217

SON : UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECISIETE 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CAJAS DE MASCARILLAS CON VISOR TRANSPARENTE	17,600.00	70,400
2	SONDAS PERIODONTALES CAROLINA DEL NORTE	8,480.00	16,960
5	PORTA AGUJAS TIPO MATHIEU	33,770.00	168,850
1	CAJAS DE TORULAS DE ALGODON	1,510.00	1,510
24	CAJAS DE ESPEJOS	1,320.00	31,680
10	SONDAS CURVAS MAILLEFFER	3,770.00	37,700
5	JERINGAS CARPULE	3,720.00	18,600
10	FRESA DE CARBIDE DE BAJA 3	1,090.00	10,900
10	FRESA DE CARBIDE DE BAJA 4	1,090.00	10,900
10	FRESA DE CARBIDE DE BAJA 6	1,090.00	10,900
5	VASOS DAPPEN	390.00	1,950
1	SELLANTE DENTSPLY	4,850.00	4,850
5	ESPATULAS DE CEMENTO DE ACERO	780.00	3,900
3	SET DE SILICONA DE ADICION PARA PISTOLA (LIVIANA EXTRA RAPIDA)	6,440.00	19,320
3	SET DE SILICONA DE ADICION CONSISTENCIA PESADA	11,160.00	33,480
5	DYCALEROS	530.00	2,650
2	FORCEPS INGLES MEDIANO	3,690.00	7,380
3	RESINA COMPUESTA FLOW 3M	5,420.00	16,260

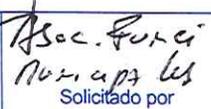
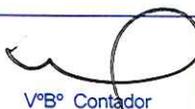
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

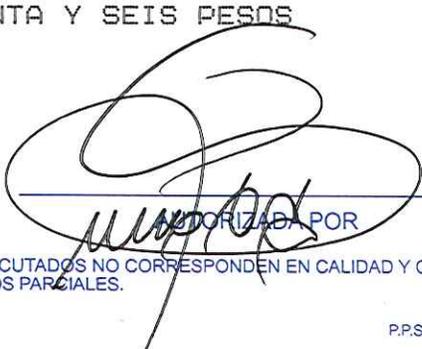
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	468,190
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	468,190
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	88,956
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	557,146

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y SEIS PESOS

 Empleado 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 01-04-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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
6	SET DE KETAC MOLAR 3M		
20	CAJA DE GUANTES M DE LATEX HIPOLERGENICOS	38,900.0	233,400
5	BOLSA DE SERVILLETAS IMPERMEABLES PARA PACIENTES	1,890.0	37,800
		2,150.0	10,750
1	CLORURO DE ETILO		
1	CAJA DE CAPSULAS DE AMALGAMA DOBLE	10,000.0	10,000
10	MANGO DE ESPEJOS	29,000.0	29,000
10	BANDEJAS DE INSTRUMENTAL	520.0	5,200
6	CAVI WIPES	1,050.0	10,500
10	PECHERAS DE PACIENTE	6,300.0	37,800
5	ANESTECIA TOPICA (BENZOCAINA)	1,051.0	10,510
7	CAJAS DE MEPIVACAINA AL 2% EN TUBO DE VIDRIO	1,600.0	8,000
100	ESCOBILLAS DE PROFILAXIS DURAS	7,500.0	52,500
2	SET DE CORONAS PROVISORIAS DE ACRILICO	298.0	29,800
3	SET DE CEMENTO PROVISORIO	43,000.0	86,000
1	SET DE DYCAL	4,130.0	12,390
1	SET DE MATRICES PALODENT	4,850.0	4,850
1	SET DE GOMAS DE PULIR COMPOSITE KERR	15,000.0	15,000
8	BOLSAS DE ALGINATO ORTOPRINT	5,500.0	5,500
10	BOTELLA DE 1 LT DE ALCOHOL	2,930.0	23,440
10	BOTELLAS DE HIPOCLORITO DE 1 LT AL 5%	1,250.0	12,500
3	BOTELLAS DE AGUA OXIGENADA DE 10 VOL DE 1 LT	1,100.0	11,000
1	SET DE ESPEJOS INTRORALES	830.0	2,490
1	SET DE CEMENTO DE VIDRIO IONOMERO 3M CURE	5,030.0	5,030
		13,500.0	13,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION 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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 424102 ODONTOLOG. ADULTOS	VALOR NETO	666,960
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : MARTES O JUEVES 14:00 HS	SUB-TOTAL	666,960
LUGAR ENTREGA : PATAGONIA 29	IVA	126,722
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	793,682

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

Emitted por: <i>[Signature]</i>	Solicitado por: <i>[Signature]</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---------------------------------	------------------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

[Signature]
AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

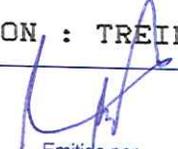
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	FRESA A/V BALON GRANO FINO N 18 ROJA MEISSINGER R	1,810.0	5,430
3	FRESA A/V BARRIL MEISSINGER ALEMAN	1,810.0	5,430
2	FORCEP BAYONETA RAIZ SUPERIOR N 22 MEDIS	4,400.0	8,800
2	FORCEP MEDIANO ADULTO RECTO ANTERIOR N 29 MEDIS	4,400.0	8,800

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. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	28,460
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,460
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	5,407
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,867

SON : TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	<i>Renzo 80</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.

FECHA: 01-04-2014

Señor(es): GLORIA L. DEL P. GUZMAN B. DISTR. DENTAL E. I. R. L 760311847

Dirección: PROVIDENCIA 2994 LOC. 111

Teléfono: 2323114

At.: Sr.:

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	VISTA-TEC KIT # 1962/T 1 MARCO + 5 LAMINAS	31,092.0	93,276

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 : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO DIEZ MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 93,276
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 93,276
 IVA 17,722
 TOTAL FACTURA 110,998

Emitido por *AA* Solicitado por *Meno 80* V°B° presupuesto V°B° Contador

AUTORIZADA POR *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070064

FECHA: 01-04-2014

Señor(es): MEDICA - TEC DE CHILE S.A. 968517201

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

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	CHROMAGAR ORIENTACION 1 x 5000 ML.	68,000.0	68,000
1	PLACAS PETRI PLASTICAS 90 x 15mm. CAJA x 500 U N.	39,900.0	39,900

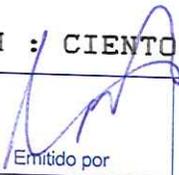
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS UN PESOS

VALOR NETO	107,900
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	107,900
IVA	20,501
TOTAL FACTURA	128,401

 Emitido por	<i>iteno 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.



ORDEN DE COMPRA

069318

FECHA: 27-01-2014

Señor(es): JC PRINT E. I. R. L. 761244973

Dirección: PASAJE EL HELECHO 3 Nro. 1021

Teléfono: 9-0943329

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°

**** 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
2,700	CARNE LECTURA	175.00	472,500

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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	472,500
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	472,500
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	89,775
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	562,275

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

Emitido por	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.