

070560

FECHA: 05-05-2014

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
2	TECLADOS ERGONOMETRICOS 4000 NEGRO ESP	24,700.00	49,400

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 : 421121	INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	49,400
DESTINO : CENTRO COSAM		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	49,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	9,386
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	58,786

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

 Emitido por	Revo 335 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: 05-05-2014

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 sívase despachar

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


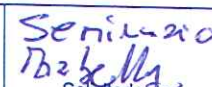


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MINIBUS 23 PAX-SANTIAGO/MARBELLA IDA Y VUELTA 09.05.14 - 07:30 HS COL. SIMON BOLIVAR	360,000.00	360,000
2	BUS 44 PAX - SANTIAGO/MARBELLA - IDA Y VUELTA 09.05.14 - 07:30 HS COL. SIMON BOLIVAR	520,000.00	1,040,000

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 : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS

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

 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: 05-05-2014

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°

**** 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	CILINDRO DE GAS DE 15 KG CLASICO	17,075.63	17,076
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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

VALOR NETO 29,882
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 29,882
 IVA 5,678
 TOTAL FACTURA 35,560

Emittido 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: 05-05-2014

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°

**** 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	CILINDRO DE GAS DE 15 KG CLASICO	17,075.63	153,681
2	CILINDRO DE GAS DE 11 KG CLASICO	12,806.72	25,613

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


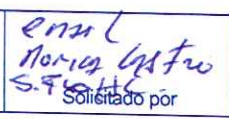
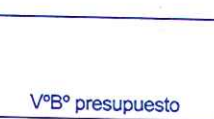
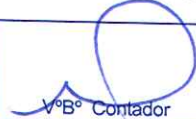
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 179,294
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 179,294
 IVA 34,066
 TOTAL FACTURA 213,360

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS SESENTA 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: 05-05-2014

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.


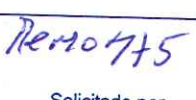


**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	CILINDROS DE GAS 5 KG CATALITICO	7,705.88	46,235

LA 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	46,235
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	46,235
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	8,785
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,020
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y CINCO MIL 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.

FECHA: 05-05-2014

Señor(es): **COMERCIAL Y SERVICIOS GEODENTAL LIMITADA 761374931**

Dirección: **GOLFO DE PENAS 2175 , VALLE NEVADO**

At: Sr.: **BENITO GERARDO ANDRADE**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LAMPARA DE FOTOCURADO LED-B PARA CLINICA 32	150,000.0	150,000



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 : 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

VALOR NETO 150,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 150,000
 IVA 28,500
 TOTAL FACTURA 178,500

SON : CIENTO SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS

	Renov 4336		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


 AUTORIZADO POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es) **COMERCIAL INDUSTRIAL CALPER SPA 789507902**

Dirección **LOS MILITARES 6020**

Teléfono: **6353745**

At.: Sr. **MARCELA MOLINA**
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	TOP MODELO 1841, COLOR CARV	15,990.0	31,980
4	TOP MODELO 4751, COLOR PWTW	13,990.0	55,960
2	TOP MODELO 2875C, COLOR ALAF	15,990.0	31,980
40	TOP MODELO 4751, COLOR CIEW	13,990.0	559,600
4	TOP MODELO 4725, COLOR CIEW	12,990.0	51,960
18	TOP MODELO 4826, COLOR OBSh	12,990.0	233,820
18	TOP MODELO 4748, COLOR NAVW	13,990.0	251,820
24	TOP MODELO 2085, COLOR BLKB	14,990.0	359,760
8	TOP MODELO 2988/C, COLOR RBFL	15,990.0	127,920
4	TOP MODELO 1939, COLOR GRPS	14,990.0	59,960
2	TOP MODELO 2992, COLOR GRPB	14,990.0	29,980
1	PANTALON MODELO 1066, COLOR CAVV	18,990.0	18,990
2	PANTALON MODELO 4002, COLOR PWTW	14,990.0	29,980
1	PANTALON MODELO 24001, COLOR BLKW	15,990.0	15,990
29	PANTALON MODELO 4044, COLOR CIEB	14,990.0	434,710
8	PANTALON MODELO 4043, COLOR CIEW	14,990.0	119,920
7	PANTALON MODELO 24001, COLOR NAVW	15,990.0	111,930
12	PANTALON MODELO 1841, COLOR BLUV	15,990.0	191,880
4	PANTALON MODELO 2085, COLOR BLKV	14,990.0	59,960
2	PANTALON MODELO 1013, COLOR GRPS	15,990.0	31,980
1	PANTALON MODELO 24001, COLOR GRPW	15,990.0	15,990
11	DELANTAL MODELO 1403, COLOR WHTS	17,990.0	197,890
6	DELANTAL MODELO 1446, COLOR WHT	14,990.0	89,940

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	: 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	3,113,900
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	3,113,900
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	591,641
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,705,541

SON : TRES MILLONES SETECIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y UN 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) **COMERCIAL INDUSTRIAL CALPER SPA 789507902**

Dirección **LOS MILITARES 6020**

Teléfono: **6353745**

At.: **SMARCELA MOLINA**
 De acuerdo a su cotización N°

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

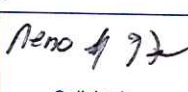
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TOP MODELO 4751, COLOR ROYW	13,990.0	83,940
4	TOP MODELO 21701, COLOR WINW	15,990.0	63,960
3	PANTALON MODELO 4044, COLOR ROYW	14,990.0	44,970
2	PANTALON MODELO 1067, COLOR WINW	18,990.0	37,980
1	DELANTAL MODELO 1949, COLOR WHT	15,990.0	15,990
3	DELANTAL MODELO 1446, COLOR WHT	14,990.0	44,970

LA 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	291,810
DESTINO	: CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	291,810
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	55,444
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	347,254
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MON : TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO 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.

070552

FECHA: 02-05-2014

Señor(es) AMILAB ART. MEDICOS Y DE LAB. LIMITADA 777006908

Dirección: ENRIQUE OLIVARES 1070

Teléfono: 2878708

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TUBO DE ENSAYO 12 x 120 MM. (250 UND.)	13,050.0	13,050
1	COSTO DESPACHO R. M.	3,000.0	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 : 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 : DIECINUEVE MIL CIEN PESOS

VALOR NETO 16,050
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 16,050
IVA 3,050
TOTAL FACTURA 19,100

--	--	--	--

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): ANDRES SCHUEFTAN SCHWED 052904862

Dirección: AV. CURACAVI 050

Teléfono: 7410224

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.

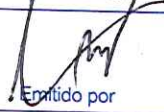
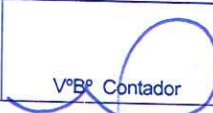
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	BUSES PARA EL 7.05.14 A LAS 12:00 HS DESDE COL EGIO SANTA MARIA DE LAS CONDES (VIA LACTEA 930 B) CON DESTINO A PARQUE PADRE HURTADO IDA Y VUELTA	75,000.00	300,000

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 : 424121 EXTRAESC. ESC. DEPORTIVAS	VALOR NETO	300,000
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	300,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	300,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TRES CIENTOS MIL PESOS

 Emitido por	<i>Item #392</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: 02-05-2014

Señor(es): SANDRA ELIZABETH NAVARRETE DELGADO 092172988

Dirección: SANTIAGUILLO N° 1465

Teléfono: 5559467

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	BLOCK DE 100 HOJAS FICHA MAMOGRAFIA	9,800.00	58,800
30	BLOCK FONASA	7,890.00	236,700
3,000	HOJAS CARTAS CON LOGO	95.00	285,000
1,000	SOBRES 20 X 28	417.00	417,000
500	SOBRES 25 X 30	1,176.00	588,000
1,000	TARJETAS DE PLACA ID	35.00	35,000

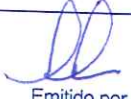

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

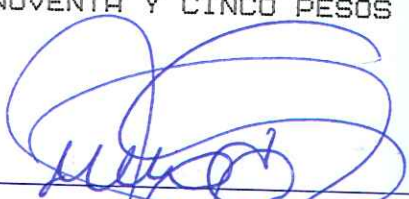
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 1,620,500
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,620,500
IVA 307,895
TOTAL FACTURA 1,928,395

SON : UN MILLON NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	MEMO # 100 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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.

070549

FECHA: 02-05-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ELECTRODO PUNTA CURVA 75 MM MARCA WEM CODE121N	3,900.00	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424197 PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD
 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 : NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

VALOR NETO 78,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 78,000
 IVA 14,820
 TOTAL FACTURA 92,820

 Emitido por	MEMO # 342 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070548

5-1

FECHA: 02-05-2014

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 sírvese 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	TARJETERO C/INDICE 400 UN SEMICUERO CAFE	6,290.0	6,290

LA 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	6,290
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	6,290
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	1,195
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,485

SON : SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO 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 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
200	BLOCK DE 100 HOJAS RECETARIO VERDE, IMPRESO Y FOLIADO SEGUN MUESTRA	2,850.00	570,000
500	LIBRETA NINAS ROSADA IMPRESO SEGUN MUESTRA 2 C OLORES	850.00	425,000
1,000	TARJETAS DENTAL CON 1 HORIF VERTICAL	185.00	185,000
1,000	TARJETAS DENTAL CON HORIF VERTICAL	185.00	185,000
1,000	TARJETAS DENTAL CON 1 HORIF HORIZONTAL	185.00	185,000
1,000	TARJETAS DENTAL CON 2 HORIF HORIZONTAL	185.00	185,000

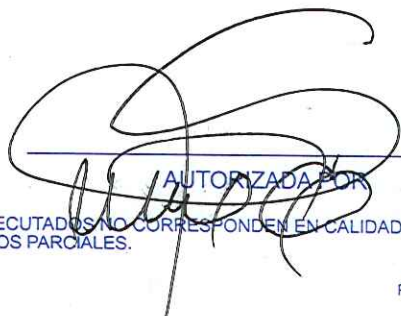
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	1,735,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,735,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	329,650
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,064,650

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOS MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS

	no 436		
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): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr.: CLAUDIA KEIL

**** 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
26	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG. CAJA x 1000 COMP.	5,000.0	130,000
5	CLORFENAMINA 4 MG. CAJA x 1000 COMP.	2,400.0	12,000

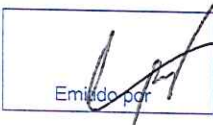
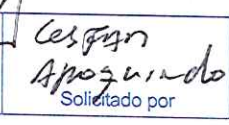
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 142,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 142,000
IVA 26,980
TOTAL FACTURA 168,980

SON : CIENTO SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

070585

X 135

08-05-2014

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 06-05-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	1,290
1	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	214.00	214
3	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250.00	12,750
4	POST IT CHICO AMARILLO higland	148.00	592
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	6,990.00	6,990
6	PLANCHA PLUMAVIT 0.50 X 1.00 MTS 5 CM	920.00	5,520
1	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,977.00	5,977
50	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	36,933
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,933
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	7,017
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

125
135

070584

08-05-2014

FECHA:

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 05-05-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	4,725
4	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,089.00	4,356
3	CORCHETERA TORRE B4	2,953.00	8,859

LA 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	17,940
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,940
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	3,409
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,349

SON : VEINTIUN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

	numero 56	
Entido 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.

08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA:

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 21

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	249.00	498
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	302.00	3,020
10	PILAS AAA x 4	1,546.00	15,460
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	779.00	1,558
2	HUELLERO TAMPON	435.00	870
4	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16.00	64
6	DESTACADOR VERDE	143.00	858
6	DESTACADOR ROSADO	122.00	732
6	DESTACADOR NARANJO	143.00	858
6	DESTACADOR CELESTE	122.00	732
12	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,439.00	17,268


LA 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	41,918
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,918
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	7,964
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,882

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

	NE7056		
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: 08-05-2014

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° 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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


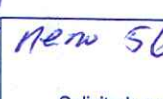


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	6,960
6	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	1,560
12	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	3,528
12	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	420.00	5,040
6	POST IT CHICO AMARILLO higland	148.00	888
6	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	576
6	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	576
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	1,152
4	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14.00	56
6	ESCARCHA DIFERENTES COLORES	444.00	2,664

LA 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	23,000
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	4,370
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,370

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS

 new 56 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

6205100

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESTACADOR BIC AMARILLO	218.00	1,308
6	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	1,320
6	MODELPASTA CERAMICA EN FRIO 1/2 KILO ARTEL	2,196.00	13,176
4	CUCHILLO CARTONERO	149.00	596
6	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UND. DURACELL	1,440.00	8,640
6	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	11,004
6	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	8,928
4	REPUESTO CUCHILLO CARTONERO GRANDE 10 HOJAS AL	220.00	880
0			


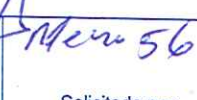


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

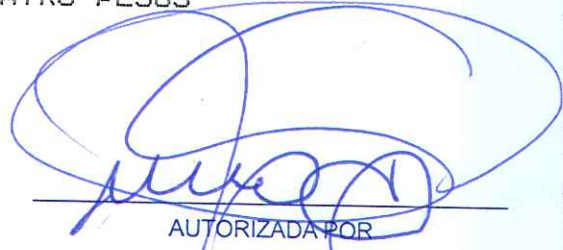
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	45,852
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,852
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	8,712
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,564

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO 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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 21

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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


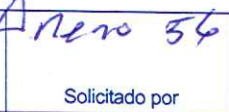
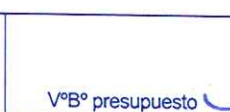

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	STICK FIX 40 gr. PRITT	424.00	3,392
2	SEPARADOR OFICIO MENSUAL J60.	412.00	824
1	PILAS AAA x 4	1,546.00	1,546
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	779.00	779
4	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	302.00	1,208
1	PEGAMENTO LA GOTITA	647.00	647
6	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	2,940
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UNID.	5,528.00	5,528
2	INDICE ARCHIVADOR OFICIO	412.00	824
12	GOMA DE BORRAR	32.00	384
2	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	447.00	894
4	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	228.00	912
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	3,275
1	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO COLOR ROJO INTENSO 500 HOJAS	1,915.00	1,915
1	ESPIRAL 23 MM.NEGRO 155 HJS. (25 U.) IBICO	898.00	898
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	97.00	485
6	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29.00	174
2	CAJA ALFILERES	126.00	252
1	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,384.00	1,384

LA 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	28,261
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,261
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	5,370
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,631
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

 Emtido 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 08-05-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	2,320
24	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	10,032
12	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	754.00	9,048
12	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	754.00	9,048
12	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	754.00	9,048
1	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA GOLD MEDIO PILOT	190.00	190
12	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	169.00	2,028
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT	418.00	5,016
2	PITILLA CONO	399.00	798
6	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234.00	1,404
36	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	2,592
3	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA ROJO PILOT	1,595.00	4,785
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILOT	1,595.00	7,975
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,219.00	3,219
8	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	279.00	2,232
2	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	732.00	1,464
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	6,990.00	13,980
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	860
1	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCGM 2MM DORADO	1,328.00	1,328
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	1,595.00	7,975
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	795
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	159.00	795
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	159.00	795
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	159.00	795
6	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439.00	2,634
10	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	560
12	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	5,832
5	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040.00	10,200
6	APRETAPAPEL MEDIANO	62.00	372


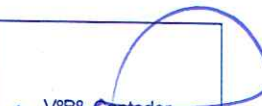
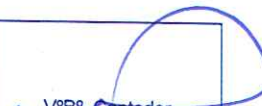
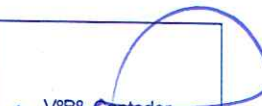
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	118,120
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	118,120
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	22,443
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	140,563

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA MIL QUINIENTOS SESENTA 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.

FECHA: 08-05-2014

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 05-05-2014 sírvase despachar

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


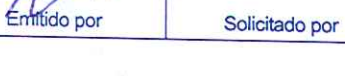


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	506.00	506
24	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	4,752
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	73,360
15	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	2,835
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	87.00	870
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	59,520
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	87.00	1,740
2	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	700
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	87.00	870
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	87.00	870
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	87.00	870
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	87.00	1,740
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	87.00	870
5	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	1,420
5	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	4,630
2	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	950.00	1,900

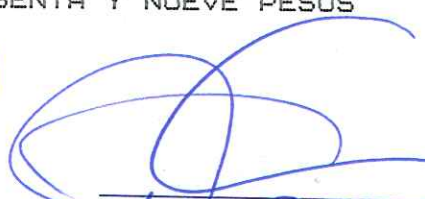
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	157,453
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	157,453
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	29,916
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	187,369

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 08-05-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 21

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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


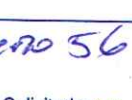


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	SACA PUNTAS METALICO	56.00	840
10	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	447.00	4,470
10	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	306.00	3,060
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	71.00	710
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	6,550
2	CLIPS MEDIANO X KG	1,730.00	3,460
5	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	2,450
5	DESTACADOR AMARILLO	122.00	610
5	DESTACADOR CELESTE	122.00	610
5	DESTACADOR NARANJO	143.00	715
5	DESTACADOR ROSADO	122.00	610
5	DESTACADOR VERDE	143.00	715
100	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	26,400
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,400
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	5,016
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,416

SON : TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	5,800
6	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	488.00	2,928
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	2,940
5	GREDA PARA MODELAR 1 KG.	405.00	2,025
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	2,940
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	4,860
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	3,620
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14.00	1,400
30	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	1,320

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	27,833
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,833
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	5,288
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,121

SON : TREINTA Y TRES MIL CIENTO VEINTIUN PESOS

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

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	506.00	5,060
50	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110.00	5,500
10	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	430
4	PERFORADOR PARA 25 HOJAS	1,450.00	5,800
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,488.00	74,400
20	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,834.00	36,680
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	3,500
100	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS AZUL	324.00	32,400
5	ARCILLA PROFESIONAL ARTEL BLANCA 1 KILO	988.00	4,940
100	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE	324.00	32,400





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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	201,110
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	201,110
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	38,211
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	239,321

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTIUN 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): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 08-05-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	82.00	410
5	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	249.00	1,245
20	CAJA ARCHIVO STANDARD RHEIN KRAFT	473.00	9,460
5	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	97.00	485
5	CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO	97.00	485
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	6,550
5	DESTACADOR CELESTE	122.00	610
5	DESTACADOR NARANJO	143.00	715
5	DESTACADOR VERDE	143.00	715
5	CLIPS MEDIANO X 50 UND.	102.00	510
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16.00	3,200
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	779.00	779


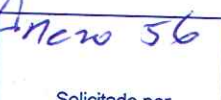
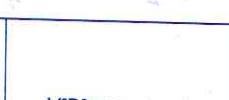

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	25,164
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	25,164
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,781
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,945

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA 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: 08-05-2014

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 06-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 11

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,948.00	9,896
200	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14.00	2,800
20	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	439.00	8,780
5	CLIPS GRANDE 80 MM.	421.00	2,105
3	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	169.00	507
3	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	190.00	570
3	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA ROJO	190.00	570
10	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	2,600


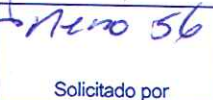


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	27,828
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,828
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,287
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,115

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y TRES MIL CIENTO QUINCE 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: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, 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 CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100.00	1,000
50	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	46,300
5	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	116.00	580
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,890
5	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	363.00	1,815
80	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	119,040
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	36,680
4	PILAS ALCALINA C MEDIANA X2 UND. DURACELL	1,440.00	5,760
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	2,200

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	215,265
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	215,265
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	40,900
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	256,165
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO 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.

070571

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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
25	AZUCAR 1KG IANSA	459.00	11,475
25	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GRS.	2,921.00	73,025
2	ENDULZANTE STEVIA LIQUIDO 270 ML.	2,219.00	4,438
10	TE DE HIERBAS SUPREMO SURTIDAS X100 BOLSITAS	2,145.00	21,450

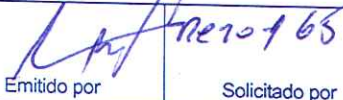

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	110,388
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	110,388
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	20,974
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	131,362

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS 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

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
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC. CON SABOR	439.00	5,268
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 500 CC. CON SABOR	363.00	4,356
10	CAFE EN GRANO ENTERO	1,870.00	18,700
12	COCA-COLA LIGTH 1500 CC POR UNIDAD	723.00	8,676


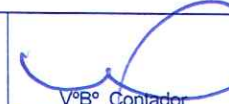
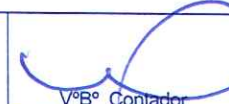
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	37,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	7,030
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,030

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL TREINTA PESOS

 Emitido por	nero 65 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: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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
20	TE LIPTON ETIQUETA NEGRA CAJA X 100	2,527.00	50,540

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 : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	50,540
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,540
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	9,603
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,143

SON : SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y TRES PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

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

FECHA: 06-05-2014

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.


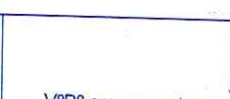

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
120	JUGOS		
10	BROWNIE	133.61	16,033
12	CHOCOLATE SHANNE NUSS	2,739.50	27,395
50	GALLETAS	2,033.61	24,403
		357.14	17,857

LA 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 ENCUNTROS	VALOR NETO	85,689
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	85,689
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	16,281
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,970

SON : CIENTO UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

	MEMO # 71		
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.

070567

FECHA: 06-05-2014

Señor(es): TORINO SPA 762429071

Dirección: DARDIGNAC 217

Teléfono:

At.: Sr. MILENA PONCE

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
54	CAMISA O POLERA MANGA LARGA CON LOGO	5,400.0	291,600
19	CHAQUETA SOFTSHELL CON LOGO	15,190.0	288,610
32	PANTALON CARGO VARON, MODELO DOCKER	5,990.0	191,680

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

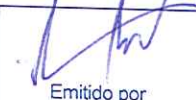
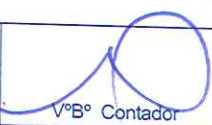
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 771,890
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 771,890
 IVA 146,659
 TOTAL FACTURA 918,549

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Renzo 344 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): TORINO SPA 762429071

Dirección: DARDIGNAC 217

Teléfono:

At.: Sr. MILENA PONCE

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

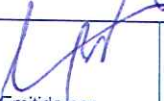
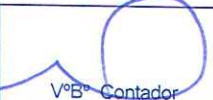
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CAMISA O POLERA M/LARGA CON LOGO	5,400.0	16,200
1	CHAQUETA SOFTSHELL CON LOGO	15,190.0	15,190
2	PANTALON CARGO VARON, MODELO DOCKER	5,990.0	11,980

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	43,370
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	43,370
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,240
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,610

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

 Emitido por	Req 1340 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: 06-05-2014

Señor(es): ALEJANDRA CAROLINA MUNILLA DIAZ 13143555K

Dirección: ARTURO PRAT 1455-A

Teléfono: 5562986

At.: Sr.: cordovasoporte@gmail.com

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30,000	BOLSA TROQUELADA IMPRESA 7/1 COLOR, BLANCA, ALTA DENSIDAD CON LOGO CORPORATIVO	35.0	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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	1,050,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,050,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	199,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,249,500

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS

	Empleado por	Numero 1337	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	--------------	-------------	----------------	------------------	---------------


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070564

FECHA: 06-05-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


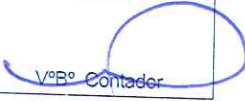
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
34	CLONAZEPAM 2,0 MG. CAJA x 500 COMP.	6,900.0	234,600

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	234,600
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	234,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	44,574
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	279,174

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	<i>Reno #53</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.

Señor(es): **CHEMOPHARMA S.A. 960260007**

Dirección: **FRANKLIN 741**

Teléfono: **4446651**

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,000	AMBROXOL JARABE 4MG./60ML. FRASCO	360.0	360,000


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	360,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	360,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	68,400
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	428,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS

 Emitido por	Renó #57 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	---------------


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-05-2014

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
20	CARTULINAS BLANCAS GRANDES	157.00	3,140
15	PAPEL KRAFT POR PLIEGO	43.00	645
1	RESMA PAPEL CARTA	1,813.00	1,813
3	TIJERAS GRANDES	479.00	1,437
2	CAJAS PLASTICAS MEDIANAS	1,739.00	3,478
2	CAJA MICA PARA TERMOLAMINAR	1,190.00	2,380

LA 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
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 12,893
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 12,893
 IVA 2,450
 TOTAL FACTURA 15,343

 Emitido por	Numero 4375 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): CHEMOPHARMA S. A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651


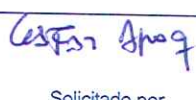
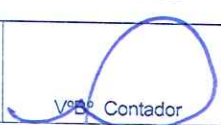
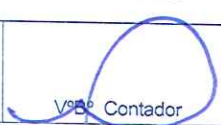
At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BROMHEXINA JBE. 4 MG/5ML. CAJA x 25 FRASCOS	9,250.0	92,500

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	VALOR NETO	92,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	92,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	17,575
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	110,075
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO DIEZ MIL 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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° **11**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
06-05-2014

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	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,977.00	5,977
20	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	155.00	3,100
20	CLIPS GRANDE 80 MM.	421.00	8,420
1	FRASCO TINTA PARA TAMPON PILOT NEGRO	289.00	289
10	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	720
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	960
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	960
2	PAPEL ALTA CALIDAD EPSON 100 HOJAS	5,360.00	10,720
6	POST IT CHICO AMARILLO higland	148.00	888
2	SACA CORCHETE PINZAS	174.00	348
6	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	3,480

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	35,862
DESTINO : CENTRO IMAGENOLÓGICA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,862
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	6,814
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,676
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

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

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-05-2014

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.


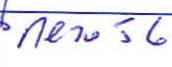


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	567
10	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	363.00	3,630
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	22,320
6	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	1,320
2	TIJERAS GRANDE	352.00	704

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	28,541
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,541
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	5,423
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,964

SON : TREINTA Y TRES 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 21

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SACA PUNTAS METALICO	56.00	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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	560
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	560
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	106
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	666

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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° 11

de Fecha 06-05-2014

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	720
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	960
5	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	2,160
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,160
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	410
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,570

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MIL QUINIENTOS SETENTA 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA:

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.: De acuerdo a su cotización N° 21

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar





y/o ejecutar, 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 CARTA	593.00	5,930
30	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	581.00	17,430
10	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO AUCA	593.00	5,930
10	CAJA MINAS DE Ø,5 12 UNID. Pentel	80.00	800
2	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	587.00	1,174
30	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	19,650
2	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	594.00	1,188
12	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	576.00	6,912
6	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	302.00	1,812
10	MARCADOR ROPA M10 VERDE	415.00	4,150
10	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	447.00	4,470
10	PAQUETE SOBRE OFICIO CAFE	1,805.00	18,050
2	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,605.00	3,210
4	PAQUETE SOBRE SACO 50 UNID.	1,210.00	4,840
1	PERFORADOR MEDIANO cangaro	1,380.00	1,380
4	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	779.00	3,116
3	PILAS AAA x 4	1,546.00	4,638
2	PORTA MINAS Ø.5 PENTEL	92.00	184
2	REGLA 30 CM CRISTAL	90.00	180

LA 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	105,044
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	105,044
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	19,958
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	125,002
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO VEINTICINCO MIL DOS 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.

PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

FECHA:

Señor(es):

LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Dirección:

CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

At.: Sr.: 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **
06-05-2014

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
3	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	1,086
6	CUADERNILLO MATEMATICAS	51.00	306
20	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14.00	280
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	880
10	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	420.00	4,200
1	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 400 HOJAS CUADRICULADO	2,999.00	2,999
1	LIBRO DE ACTAS 800 HOJAS	9,669.00	9,669
1	LIBRO DE ACTAS CUADRICULADO 400 HOJAS	4,200.00	4,200
1	LIBRO DE ACTAS LINEAL FOLIADO 200 HOJAS	1,775.00	1,775
4	LIBRO DE CONTABILIDAD 100 HOJAS TABULADO 12 COLUMNAS VERTICALES	3,897.00	15,588
2	MAGIC CLIPER 50 UNID.	444.00	888
10	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	472.00	4,720
2	PORTA CLIPS UNID.	239.00	478
30	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	7,800
3	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	1,740

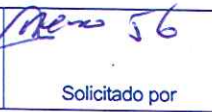
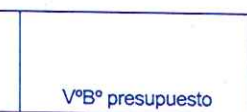
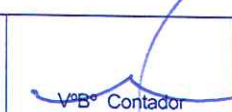
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	56,609
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	56,609
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	10,756
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,365

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS 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.

ILOP S.A. 804782001

Señor(es):

A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Dirección:

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-05-2014

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
20	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	100.00	2,000
3	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	1,050
10	CARPETA VINIL CARTA FAST RHEIN	355.00	3,550
4	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	756
1	CORCHETERA INDUSTRIAL PARA 250 HOJAS	21,230.00	21,230
2	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,089.00	2,178
2	LIBRO DE ACTAS 200 HOJAS ARON	1,779.00	3,558
1	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 200 HOJAS CUADRICULADO	1,962.00	1,962
1	LIBRO DE ACTAS 400 HOJAS ARON	3,058.00	3,058
3	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO AMARILLO	320.00	960
5	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO BEIGE	320.00	1,600
52	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	77,376
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	73,360
2	PERFORADOR CHICO	690.00	1,380
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	4,400
40	ROLLO DE ESPERA DE PUBLICO DIFERENTES COLORES X 3000 NUM	1,069.00	42,760
20	SEPARADOR CARTULINA CARTA 6 POSIC. 3 COLORES A LO	110.00	2,200

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	243,378
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	243,378
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	46,242
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	289,620

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

08-05-2014

FECHA:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.: 21
De acuerdo a su cotización N°

de Fecha **07-05-2014**
Teléfono: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 2676 MM TORRE	249.00	7,470
20	CAJA MINAS DE Ø,5 12 UNID. Pentel	80.00	1,600
60	DESTACADOR AMARILLO	122.00	7,320
100	PILAS CR 2032 3 VOL	171.00	17,100

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 factorización del pago de este documento.~~

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	33,490
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,490
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,363
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,853

SON : TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

Emitted por: <i>[Signature]</i>	Solicitado por: <i>Anexo 156</i>	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

08-05-2014

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° **11**

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

de Fecha **06-05-2014**

sírvase despachar

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


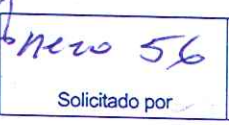
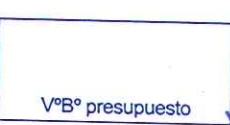

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.00	7,380

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

VALOR NETO 7,380
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 7,380
 IVA 1,402
 TOTAL FACTURA 8,782

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001
 Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

FECHA: 08-05-2014
 Teléfono: 6205100

At.: Sr. 1 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 05-05-2014 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
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	59,520

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 : 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
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SETENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTINUEVE PESOS

VALOR NETO	59,520
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	59,520
IVA	11,309
TOTAL FACTURA	70,829

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): DIMERC S.A. 966708409
Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

FECHA:

6808010

At.: Sr. 21
De acuerdo a su cotización N°

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014

sírvase despachar




y/o ejecutar, 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 ALFILERES	126.00	252
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	120.00	240
20	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	13,100
2	FECHADOR 4MM.	471.00	942
300	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16.00	4,800
1	MICA CARTA 50 UND. GRIS	1,223.00	1,223
10	REGLA 30 CM ARTEL	108.00	1,080
20	STICK FIX 40 gr. PRITT	424.00	8,480

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	30,117
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,117
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	5,722
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,839
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS		

 Emitido por	<i>Novo 56</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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

FECHA:

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **

de Fecha 06-05-2014

sírvase despachar




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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BLOCK CARTULINA COLORES SORTIDOS PROARTE	486.00	9,720
15	CAJA PARA ARCHIVO MENPHIS	227.00	3,405
30	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	155.00	4,650
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	2,940
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	4,900
1	MICA OFICIO 50 UND. GRIS	1,297.00	1,297
50	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL.BASICOS) ALO	453.00	22,650
2	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	169.00	338
5	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234.00	1,170

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 factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	51,070
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,070
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	9,703
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,773
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS		

 Emtido por	<i>nemo 56</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:

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 **
05-05-2014

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
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	87.00	1,740
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	87.00	1,740
3	CORCHETERA TORRE B4	2,953.00	8,859
20	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	860
30	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,834.00	55,020
30	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,488.00	44,640
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


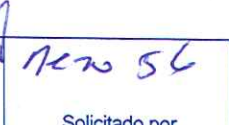

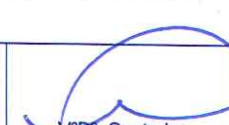
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	155,999
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,999
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	29,640
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	185,639

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

DIMERC S.A. 966708409

Señor(es):

ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Dirección:

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **
07-05-2014

At.: Sr.: 21

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,384.00	2,768
8	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,384.00	11,072
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,384.00	2,768
10	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	71.00	710
3	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29.00	87
2	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	97.00	194
15	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	9,825
1	CLIPS MEDIANO X KG	1,730.00	1,730
15	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	7,350
2	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	302.00	604
15	DESTACADOR AMARILLO	122.00	1,830
100	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16.00	1,600
2	LAPIZ PARA MARCAR CD	198.00	396
1	PIZARRA CORCHO 1.20 X 1.20 CM.	35,455.00	35,455

LA 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	76,389
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	76,389
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	14,514
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	90,903
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
SON : NOVENTA MIL NOVECIENTOS TRES 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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

At: Sr.: **CAROLINA FUENZALIDA**

** Despachar factura en Lugar Entrega **
Teléfono: 06-05-2014

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	APRETAPAPEL MEDIANO	62.00	1,240
4	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	493.00	1,972
2	CALCULADORA CASIO MS-470L-W	5,977.00	11,954
50	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	2,800
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	159.00	795
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	795
3	CORCHETERA TORRE B7	5,031.00	15,093
10	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	440
1	GUILLOTINA METALICA 40 CM.	21,239.00	21,239
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	4,800
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	1,920
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	6,990.00	6,990
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418.00	20,900
15	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	99,638
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	99,638
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	18,931
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	118,569

SON : CIENTO DIECIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD 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. VESPUICIO NORTE 727

FECHA:

6205100

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

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-05-2014

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
5	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	945
1	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	968.00	968
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204.00	2,040
5	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO	204.00	1,020
5	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204.00	1,020
10	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	430
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	14,880
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	18,340
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	1,980
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	198.00	1,980
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	2,200
3	TIJERAS GRANDE	352.00	1,056


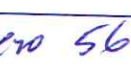
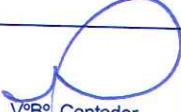
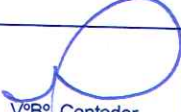
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	46,859
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	46,859
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	8,903
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,762

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y CINCO 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): DIMERC S.A. 966708409

FECHA:

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.: 21
De acuerdo a su cotización N°

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
07-05-2014

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
20	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	594.00	11,880
10	CAJA ALFILERES	126.00	1,260
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	536.00	5,360
10	CARPETA DE CARTON RHEIN	56.00	560
50	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29.00	1,450
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	6,550
5	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,476.00	42,380
30	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	14,700
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	302.00	3,020
10	DEDOS GOMA AZUL	40.00	400
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16.00	3,200
3	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UNID.	6,972.00	20,916
10	LAPIZ PARA MARCAR CD	198.00	1,980
3	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	447.00	1,341
5	PEGAMENTO LA GOTITA	647.00	3,235
10	REGLA METALICA X 50 CM.	993.00	9,930
30	SACA PUNTAS METALICO	56.00	1,680

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	129,842
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	129,842
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	24,670
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	154,512
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DOCE 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:

De acuerdo a su cotización N° **11**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
06-05-2014

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
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	2,940
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 330 GR.	184.00	1,840
5	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,527.00	7,635
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	3,620
10	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	369.00	3,690
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 340 GR.	260.00	2,600
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490.00	4,900
10	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	214.00	2,140
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	280.00	2,800
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	280.00	2,800
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	280.00	2,800
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	280.00	2,800
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	280.00	2,800
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.00	3,690
10	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	732.00	7,320
2	CORCHETERA SEMI INDUSTRIAL 23/17	5,580.00	11,160
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	2,200
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	2,940
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98.00	4,900
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	860
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL.BASICOS) ALO	453.00	4,530
3	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	472.00	1,416
3	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID.OFICIO	1,572.00	4,716
10	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	95,087
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	95,087
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	18,067
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	113,154

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TRECE MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	Nemo 56 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 USTEDS 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. 1
 De acuerdo a su cotización N°

*** Despachar factura en Lugar Entrega ***
 Teléfono:
 05-05-2014

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
10	CARTON MICRO 24X35 BAJ C/SURTIDOS	584.00	5,840
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.	157.00	1,570
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	157.00	1,570
15	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	13,890
2	CORCHETERA INDUSTRIAL PARA 250 HOJAS	21,230.00	42,460
15	CUCHILLO CARTONERO	149.00	2,235
20	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	860
1	PIZARRA BLANCA 60X40	4,400.00	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	72,825
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	72,825
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	13,837
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	86,662
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS 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

12-5

070589

08-05-2014

FECHA:

DIMERC S.A. 966708409

Señor(es):

ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Dirección:

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

At.: Sr. 21

07-05-2014

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
3	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	1,314.00	3,942
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	4,900
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	3,275

LA 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	12,117
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,117
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	2,302
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,419

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CATORCE MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE 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.

08-05-2014

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° 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **

de Fecha 08-05-2014

sírvase despachar


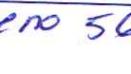


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AZUL	980.00	2,940
30	POST IT CHICO AMARILLO highland	148.00	4,440
3	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	980.00	2,940
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	4,900
10	STICK FIX 40 gr. UHU	580.00	5,800
2	CAJAS PARA CARPETAS COLGANTES EUROBOX	1,659.00	3,318

LA 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	24,338
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,338
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	4,624
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,962
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

125

070587

08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

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

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-05-2014

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
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	91,700
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	74,400
5	DESTACADOR BIC AMARILLO	218.00	1,090
2	CUCHILLO CARTONERO	149.00	298

LA 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	167,488
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	167,488
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	31,823
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	199,311
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS ONCE 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.

070586

08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA:

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr. 21
 De acuerdo a su cotización N°

Teléfono:
 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 07-05-2014

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
25	STICK FIX 40 gr. PRITT	424.00	10,600
40	REGLA 30 CM ARTEL	108.00	4,320
6	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	447.00	2,682
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	5,528.00	5,528
12	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	302.00	3,624

LA 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	26,754
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,754
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	5,083
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,837

SON : TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE 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: 08-05-2014

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 06-05-2014 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
2	CERA ACRILICA AUTOBRILLO ENV. 20 LTS. WINZA-139 ROJA	24,760.00	49,520

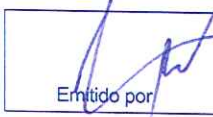
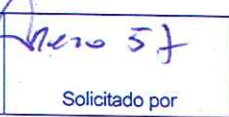
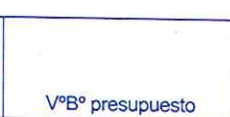

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	49,520
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,520
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	9,409
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,929

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTINUEVE PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

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 **06-05-2014**

sírvase despachar


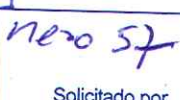

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182	4,728
4	AMPOLLETA 60 WATT	175	700
5	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391	6,955
3	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 20 WATTS	180	540
3	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	147	441
200	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16	3,200
200	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22	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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	20,964
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,964
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	3,983
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,947
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

135

Señor(es): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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





CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124	30,620

LA 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	30,620
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,620
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	5,818
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,438

SON : TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO 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: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 22

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LAVALOZAS X 5 LTS	3,119	6,238
8	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	7,584
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	594	5,940
20	PANO AMARILLO	124	2,480
20	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	742	14,840

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUARENTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS

VALOR NETO 37,082
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 37,082
IVA 7,046
TOTAL FACTURA 44,128

 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: 08-05-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 12

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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


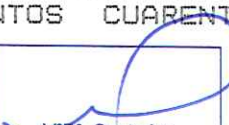
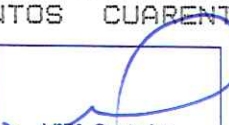
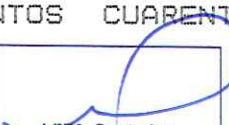
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	1,007	5,035
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182	1,182
1	CARRO PORTAMOPA RUBBERMAID	27,659	27,659
12	LISOFORM AEROSOL	1,290	15,480
10	MOPA FIBRA 16	1,740	17,400


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	66,756
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,756
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	12,684
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	79,440

SON : SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS 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.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:
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.

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CIF CREMA X 750 CC		
8	CLORO X 5 LTS	936	9,360
12	CLORO GEL	1,205	9,640
2	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	726	8,712
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,120	4,240
20	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	2,282	4,564
6	SACA ZARRO FRASCO	140	2,800
10	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,438	8,628
		1,463	14,630

LA 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	62,574
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	62,574
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	11,889
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	74,463
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS		

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 22 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



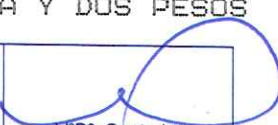
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	191	1,146
2	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,680	3,360

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	4,506
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,506
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	856
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,362

SON : CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y DOS 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: 08-05-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
 De acuerdo a su cotización N° 12

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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


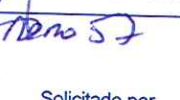

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE		
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	2,025	6,075
4	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 700 CC.	1,182	1,182
20	BOLSA BASURA 50X90	668	2,672
20	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	381	7,620
4	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	1,391	27,820
6	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	3,775	15,100
300	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	401	2,406
		22	6,600

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	69,475
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	69,475
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	13,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,675

SON : OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS 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.

135

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BALDES ESTRUJADOR VIRUTEX	3,132	3,132
25	BOLSA BASURA 80X120	755	18,875
4	CIF CREMA X 750 CC	936	3,744
9	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	80,867
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80,867
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	15,365
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	96,232

SON : NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>Mero 57</i>	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

13-5

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr:
 De acuerdo a su cotización N° 22

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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


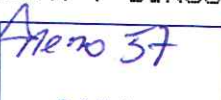
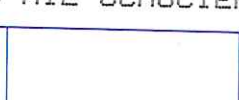
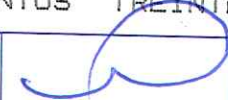
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC CITRICO	1,160	1,160
2	DISPENSADOR DE JABON METALICO	7,115	14,230
4	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	3,792
4	MOPA SECA C/MANGO METAL 80 CM.	1,915	7,660
10	PANO AMARILLO	124	1,240
5	PANOS SACO CON OJAL	407	2,035
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,680	16,800

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	46,917
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	46,917
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	8,914
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,831

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 12

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ABRILLANTADOR PARA PISO FLOTANTE	2,025	10,125
4	AMPOLLETA AHORRO DE ENERGIA 15 WATTS CORTA	912	3,648
6	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.	614	3,684
3	BOLSA BASURA 80X110	600	1,800
2	BOLSA BASURA 120X130	2,439	4,878
3	DETERGENTE OMO 400 KGS	768	2,304
4	GUANTES AMARILLO TALLA L	488	1,952
2	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	1,298
6	LISOFORM AEROSOL	1,290	7,740
5	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	2,480	12,400
5	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	401	2,005
5	TRAPERO DOBLE C/OJAL	688	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	VALOR NETO	55,274
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,274
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	10,502
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,776

SON : SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

	new 57		
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. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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


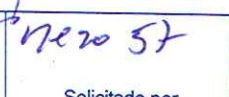
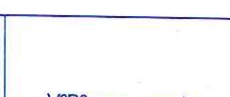

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	BALDES ESTRUJADOR VIRUTEX	3,132	9,396
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405	4,050
15	COLOR X 5 LTS	1,205	18,075
1	JABON LIQ, X 5LTS	2,450	2,450
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282	2,282
5	REPUESTO MOPA CHICA 16	1,465	7,325
10	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,463	14,630

LA 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	58,208
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	58,208
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	11,060
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,268

SON : SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO 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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 22 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	948
7	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	594	4,158
10	PANO AMARILLO	124	1,240

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	6,346
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,346
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,206
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,552
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS		

Emiso por <i>Meno 57</i>	Solicitado por	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.

FECHA: 08-05-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 12

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AMPOLLETA 40 WATT	175	3,500
4	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. ACQUA MARINE AIR WICK	688	2,752
4	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BCA. AIR WICK	688	2,752
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POTT	688	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980	4,900
1	MANTENEDOR PARA PISO FLOTANTE FRASCO	6,458	6,458
2	PALA ASEO METALICA CORRIENTE MANGO LARGO	775	1,550
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466	4,660
15	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	564	8,460


LA 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	38,472
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,472
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	7,310
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,782

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUICIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

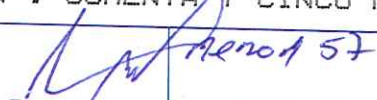

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CLORO X 5 LTS	1,205	2,410
5	CLORO GEL	726	3,630
2	JABON LIQ, X 5LTS	2,450	4,900
10	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124	61,240

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	72,180
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	72,180
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	13,714
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	85,894

SON : OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

	
Emitido por	Solicitado por
	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 22

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PANO AMARILLO	124	1,240

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,240
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,240
IVA 236
TOTAL FACTURA 1,476

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

FECHA: 08-05-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 12

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BOLSA BASURA 50X70	194	1,940
3	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLAD E	688	2,064
5	GUANTES CORRIENTE LATEX VIRUTEX TALLA M M/USO	792	3,960
5	JABON LIQUIDO DOVE FRASCO 800 ML.	6,188	30,940
2	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466	932

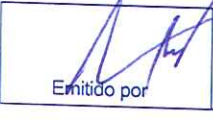
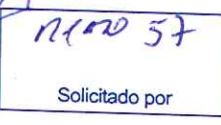
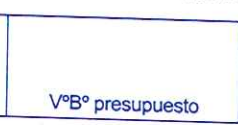
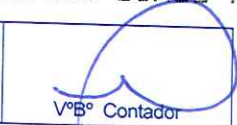
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 39,836
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 39,836
IVA 7,569
TOTAL FACTURA 47,405

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS 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: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.		
10	CLORO X LITRO	405	4,050
6	CLORO GEL	296	2,960
5	SACA ZARRO FRASCO	726	4,356
4	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,438	7,190
		1,463	5,852

LA 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	24,408
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,408
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,638
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,046

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTINUEVE MIL CUARENTA 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

DIMERC S.A. 966708409

FECHA:

Señor(es):

ALBERTO PEPPER 1784

Dirección:

6808010

At: Sr. 21

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 Teléfono:
 07-05-2014

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
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	581.00	1,162
2	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO AUCA	593.00	1,186
4	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	447.00	1,788

LA 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	4,136
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,136
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	786
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,922
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS		

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



PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

FECHA:

Señor(es):

LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Dirección:

CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

At.: Sr.: 11

** Despachar factura en Lugar Entrega **
06-05-2014

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
5	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	155.00	775
4	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.00	1,476
10	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	472.00	4,720
4	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	844

LA 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	7,815
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,815
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,485
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,300
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NUEVE 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.



ORDEN DE COMPRA

070614

08-05-2014

135

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 05-05-2014

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
4	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,458.00	5,832
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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 6,282
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 6,282
 IVA 1,194
 TOTAL FACTURA 7,476

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

070613

08-05-2014

13/5

DIMERC S.A. 966708409

FECHA:

Señor(es):

ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Dirección:

At.: Sr.: 21 **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha 07-05-2014 **Teléfono:** 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
2	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	249.00	498
4	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	2,620
5	LAPIZ PARA MARCAR CD	198.00	990
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	779.00	779
4	STICK FIX 40 gr. PRITT	424.00	1,696

LA 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	6,583
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,583
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,251
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,834

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SIETE 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.

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° **11**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
06-05-2014

de Fecha



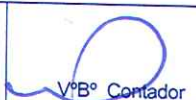
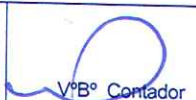
sírvase despachar

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
5	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	369.00	1,845
2	CLIPS GRANDE 80 MM.	421.00	842
5	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039
~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	3,177
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,177
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	604
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,781
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS		

 Emittido 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.



ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Señor(es):

A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Dirección:

Teléfono:

At: Sr. 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
05-05-2014

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
1	FORMULARIO CONTINUO 11X9.5 ORIGINAL 5/2000 TOR RE	7,541.00	7,541
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	44,640
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	127,363
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	127,363
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	24,199
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	151,562

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y UN 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

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

Teléfono:
 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 05-05-2014

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
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 AJS. CARTA	1,488.00	59,520


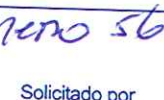

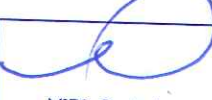
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 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 59,520
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 59,520
 IVA 11,309
 TOTAL FACTURA 70,829

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SETENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTINUEVE 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.



ORDEN DE COMPRA

070609

FECHA: 08-05-2014

SEÑOR(ES): DIMERC S.A. 966708409

DIRECCION: ALBERTO PEPPER 1784

TELÉFONO: 6888010

AT: Sr. De acuerdo a su cotización N° 21

De acuerdo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

Y/O EJECUTAR, 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	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,439.00	2,878
1	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	80.00	80
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	6,550
6	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	228.00	1,368
6	DESTACADOR AMARILLO	122.00	732
6	DESTACADOR NARANJO	143.00	858
1	FECHADOR 4MM.	471.00	471
2	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,605.00	3,210
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	779.00	1,558
2	SACA CORCHETE PALANCA	170.00	340

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 : 42102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : CENTRO IMAGENOLÓGICA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

VALOR NETO 18,045
 DESCUENTO 0.0
 SUB-TOTAL 18,045
 IVA 3,429
 TOTAL FACTURA 21,474

Emitido por	Solicitado por	Vº prespuesto	Vºº Contador
<i>[Signature]</i>	56		<i>[Signature]</i>

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA:

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

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 06-05-2014

sírvase despachar

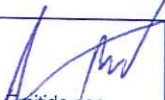

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182	1,182
6	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980	5,880

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	7,062
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,062
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	1,342
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,404
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHO MIL CUATROCIENTOS CUATRO PESOS		

 Emitido por	ALNO 57 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: 08-05-2014

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° 12

de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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


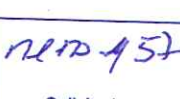

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,245

LA 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 : CENTRO COSAM
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO 4,427
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 4,427
IVA 841
TOTAL FACTURA 5,268

 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° 2

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CIF CREMA X 750 CC	936	2,808
3	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,463	4,389

LA 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	7,197
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,197
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,367
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,564
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS		

Emilio 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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.: 22

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
07-05-2014

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.

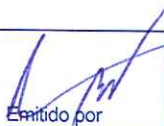
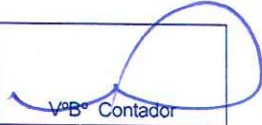
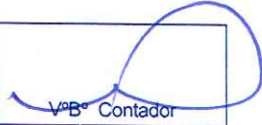
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LAVALOZAS X 5 LTS	3,119	6,238
15	PANO AMARILLO	124	1,860

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,098
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,098
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	1,539
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,637

SON : NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	120-157 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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° **12**

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

de Fecha **06-05-2014**

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182	2,364
3	BARRE HOJAS	3,001	9,003
20	BOLSA BASURA 80X110	600	12,000
15	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	980	14,700
6	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200	7,200
8	LISOFORM AEROSOL	1,290	10,320
6	PANOS ESPONJA	273	1,638
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870	8,700
4	RENOVADOR DE GOMA PARA AUTOMOVIL KIT 440 CC.	1,290	5,160
4	ROLLO ALUSA PLAS	414	1,656
5	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	1,170
4	SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.	1,555	6,220
5	TRAPERO DOBLE C/OJAL	688	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	VALOR NETO	83,571
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,571
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,878
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	99,449
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA 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.

08-05-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 2

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CIF CREMA X 750 CC		
30	COLOR GEL	936	4,680
2	DISPENSADOR TOALLA NOVA	726	21,780
20	ESPONJA P/ LOZA	5,809	11,618
5	JABON LIQ, X 5LTS	189	3,780
60	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	2,450	12,250
		6,124	367,440

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	VALOR NETO	421,548
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	421,548
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	80,094
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	501,642
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : QUINIENTOS UN MIL SEISCIENTOS 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

FECHA:

LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

** Despachar factura en Lugar Entrega **

de Fecha 06-05-2014

sírvase despachar

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

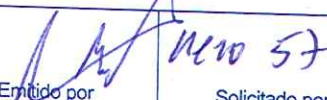
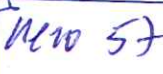


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL		
24	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	1,391	33,384
24	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	980	23,520
20	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	498	11,952
24	LISOFORM AEROSOL	6,188	123,760
		1,290	30,960

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	223,576
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	223,576
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	42,479
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	266,055

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL 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.

PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

FECHA:

En: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At: Sr. CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 12

Teléfono: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014

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
24	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,391	33,384
24	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980	23,520
24	JABON LIQ. CON VALVULA DOSIFICADOR	498	11,952
20	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188	123,760
24	LISOFORM AEROSOL	1,290	30,960

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 223,576
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 223,576
IVA 42,479
TOTAL FACTURA 266,055

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS

Emite 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

070645

125

08-05-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 2

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DISPENSADOR TOALLA NOVA	5,809	34,854

LA 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	34,854
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	34,854
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,622
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	41,476
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

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

070644

08-05-2014

FECHA:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 22

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,114	6,228
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC CITRICO	1,160	5,800
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC LAVANDA	1,202	6,010
10	GUANTES GOMA 9 ANTIDES.	514	5,140
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	5,688
10	PANO AMARILLO	124	1,240
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	742	7,420


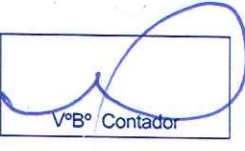
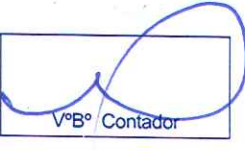
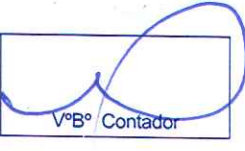
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	37,526
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,526
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	7,130
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,656

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 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 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° **12**

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

de Fecha **06-05-2014**

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BOLSA BASURA 50X70	194	1,940
10	BOLSA BASURA 80X110	600	6,000
5	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	1,200	6,000
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	3,245
3	LISOFORM AEROSOL	1,290	3,870
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466	4,660
10	PANOS OSNABURGO 40X70 CM. GRIS	273	2,730

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 factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	28,445
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,445
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	5,405
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,850
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA 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): 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 **
05-05-2014

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


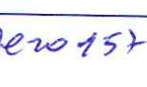


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CLORO X 5 LTS	1,205	6,025
5	CLORO X LITRO	296	1,480
5	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,463	7,315

LA 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	14,820
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,820
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	2,816
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,636

SON : DIECISIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS 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): DIMERC S.A. 966708409

FECHA:

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 22

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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

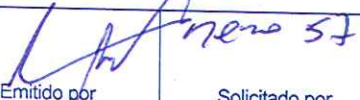
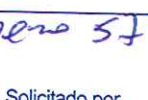
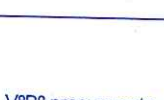

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT DECOGLOBO PHI LIPS	1,313	26,260
9	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	3,114	28,026
2	BALDES X 10 LTS	1,127	2,254
5	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	3,474	17,370
10	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	578	5,780
2	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	769	1,538
4	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	191	764
2	LAVALOZAS X 5 LTS	3,119	6,238
18	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	17,064
5	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,504	7,520
10	PANO AMARILLO	124	1,240
3	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,680	5,040
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	742	7,420
40	TUBO FLORESCENTE 40 WATTS	740	29,600

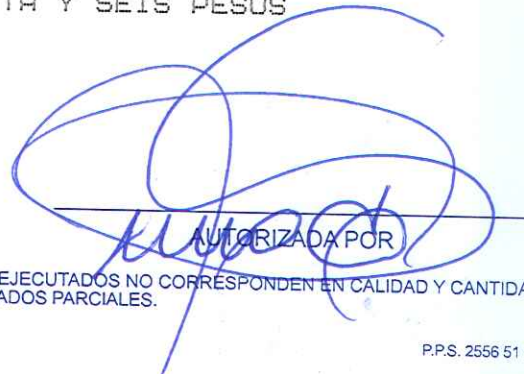
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	156,114
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	156,114
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	29,662
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	185,776
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS 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 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° 12

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

de Fecha **06-05-2014**

sírvase despachar

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

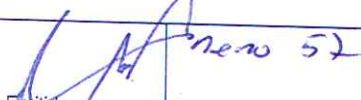
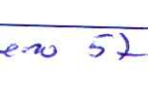


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL		
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLAD E	1,391	12,519
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POTT	688	6,880
4	DETERGENTE OMO 400 KGS	688	6,880
2	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	768	3,072
10	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	9,000	18,000
12	GUANTES GOMA 7 1/2	5,491	54,910
2	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	490	5,880
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	6,188	12,376
2	LUSTRA MUEBLES X 5 LTS	649	3,245
5	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	7,144	14,288
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	401	2,005
		16	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	141,655
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	141,655
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	26,914
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	168,569

SON : CIENTO SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE 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

FECHA: 08-05-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 2

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BOLSA BASURA 80X120		
20	CIF CREMA X 750 CC	755	45,300
20	CLORO X 5 LTS	936	18,720
20	CLORO GEL	1,205	24,100
9	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	726	14,520
12	ESPONJA VIRUTEX	2,120	19,080
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	189	2,268
		2,282	4,564

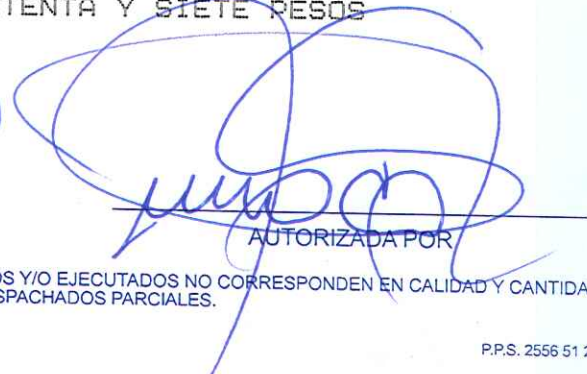
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	128,552
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	128,552
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	24,425
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	152,977

SON : CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

	Peru 57		
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: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 22

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT DECOGLOBO PHI LIPS	1,313	6,565
5	ANTIGRASA X 500 ML	721	3,605
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC AQUAMARI	1,169	5,845
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC AZUL MAR COR	1,169	5,845
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC CITRICO	1,160	5,800
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC LAVANDA	1,202	6,010
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	578	2,890
5	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + R EPUERTO LAVANDA	3,942	19,710
10	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	191	1,910
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	5,688
20	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	594	11,880
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,635	26,350
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	1,517	1,517
15	PANO AMARILLO	124	1,860
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,680	16,800


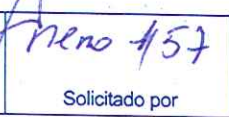
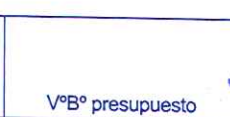

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	122,275
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	122,275
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	23,232
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	145,507

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SIETE 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: 08-05-2014

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° 12

de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	REMOVEDOR AMONIACADO FURIA X 5 LTS	6,324	37,944
10	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	7,363	73,630
50	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16	800
50	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22	1,100
10	VIRUTILLA P/OLLAS S. BRITE	130	1,300

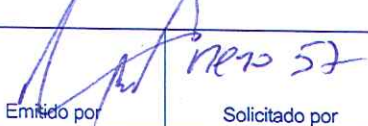

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	114,774
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	114,774
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	21,807
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	136,581

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN 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

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 06-05-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AMPOLLETA AHORRO DE ENERGIA 15 WATTS CORTA	912	4,560
6	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.	614	3,684
20	BOLSA BASURA 50X90	381	7,620
5	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	942	4,710
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTD.MAT IC MAGNOLIA	3,800	19,000
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTD.MAT IC ROSA FLORES	3,800	19,000
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. ACQUA MARINE AIR WICK	688	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BCA. AIR WICK	688	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B. POLAR POETT	688	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B. PRIMAVERAL POETT	688	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BANO SOL POETT	1,054	5,270
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLADE	688	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. FRESCURA FR POETT	688	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POETT	1,054	5,270
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SPA GLADE	1,159	5,795
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT	688	3,440
5	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980	4,900
15	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,249	18,735
10	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872	18,720
10	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188	61,880
30	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	19,470
10	PALA ASEO METALICA CORRIENTE MANGO LARGO	775	7,750
6	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	273	1,638
5	PANOS COCINA	424	2,120
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	242,902
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	242,902
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	46,151
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	289,053

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y TRES PESOS

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

[Handwritten signature]
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.

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 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	8,100
30	CIF CREMA X 750 CC	936	28,080
7	CLORO X 5 LTS	1,205	8,435
30	CLORO GEL	726	21,780
5	ESPONJA VIRUTEX	189	945
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,282	4,564
10	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	2,189	21,890
20	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,463	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	123,054
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	123,054
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	23,380
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	146,434

SON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

070677

135

08-05-2014

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° 14

de Fecha 06-05-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PEGAMENTO LA GOTITA	258.00	774

LA 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	774
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	774
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	147
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	921

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : NOVECIENTOS 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.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 4

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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


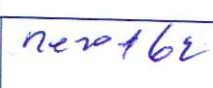


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	14,880
10	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	18,340

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	33,220
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,220
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	6,312
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,532
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA 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.

08-05-2014

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° 14

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha **06-05-2014**

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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

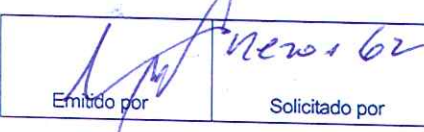
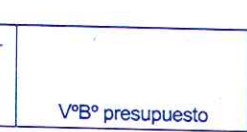
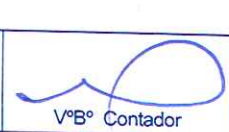

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

SON : VEINTICINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE 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: 08-05-2014

13-5

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 4

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 FONO: 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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS

		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto



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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr:
 De acuerdo a su cotización N° 24

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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


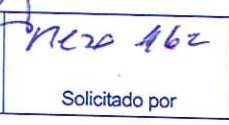
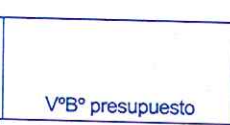

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	DESTACADOR BIC AMARILLO	122.00	1,220
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	32.00	640
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	779.00	779
2	TALONARIO VALES POR	257.00	514

LA 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	3,153
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,153
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	599
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,752

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS 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: 08-05-2014

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° 14

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	1,600
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AMARILLO	998.00	4,990
5	CAJA MENPHIS # 22 REVISTERO OFICIO AZUL	998.00	4,990
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	280.00	2,800
4	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	1,150.00	4,600
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILO T	1,150.00	11,500
20	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	1,680
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	107.00	5,350
1	MICA CARTA 30 UND. NATURAL IBICO	1,343.00	1,343
1	MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO	1,297.00	1,297
5	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	227.00	1,135
10	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	2,270
5	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	227.00	1,135
10	STICK FIX 40 gr. UHU	577.00	5,770

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	50,460
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,460
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	9,587
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,047
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA MIL CUARENTA 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 SON LOS COTIZADOS.

FECHA: 08-05-2014

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 Nº 4 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, 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	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	2,800
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	87.00	2,175
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	87.00	1,305
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	87.00	1,305
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	87.00	1,305
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	87.00	2,175
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	87.00	2,175
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	3,780
30	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	1,290
60	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	89,280
60	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	110,040


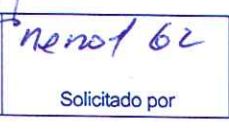
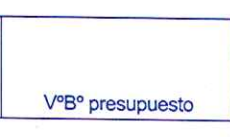
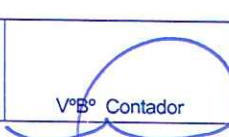
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	217,630
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	217,630
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	41,350
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	258,980

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 24

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	302.00	3,624
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	5,528.00	5,528
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	6,972.00	6,972
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	8,428.00	8,428
36	STICK FIX 40 gr. PRITT	424.00	15,264


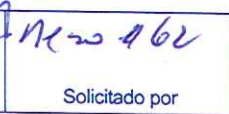
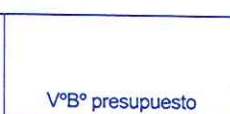

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	39,816
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,816
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	7,565
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,381

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y UN 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: 08-05-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 14

de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CUADERNO CON INDICE ABECEDARIO	1,400.00	5,600
40	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	3,360
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	107.00	5,350
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	107.00	5,350
5	LIBRO CORRESPONDENCIA 100 HOJAS MEDIO OFICIO 2 2X16 RHEIN	1,421.00	7,105
40	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	46.00	1,840
6	PINCHA PAPELES	392.00	2,352
40	REGLA 30 CM ARTEL	98.00	3,920
3	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,681.00	14,043
12	REVISTERO CARTA AZUL # 22	1,052.00	12,624
3	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	958.00	2,874
3	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	958.00	2,874
3	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	958.00	2,874
3	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	958.00	2,874
3	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	958.00	2,874
3	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	958.00	2,874
3	TEMPERA 250 CC. 45 VIOLETA ARTEL	958.00	2,874

LA 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	81,662
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	81,662
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	15,516
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97,178

SON : NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y OCHO 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: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 4

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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


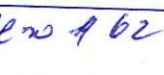
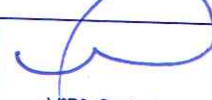
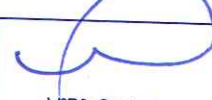
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	87.00	2,610
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	87.00	2,610
25	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	4,725
3	CORCHETERA TORRE B4	2,953.00	8,859
3	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,089.00	3,267

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	22,071
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,071
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	4,193
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,264

SON : VEINTISEIS 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.

135

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 24

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 PAPEL LUSTRE PROARTE x u	306.00	3,672
4	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29.00	116
12	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	587.00	7,044
12	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	82.00	984
12	CARPETA PLASTIFICADA AZUL C/ 2 BOLSILLO	97.00	1,164
12	CARPETA PLASTIFICADA AMARILLA C/ 2 BOLSILLO	97.00	1,164
12	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	302.00	3,624
10	SACA PUNTAS	56.00	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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	18,328
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,328
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	3,482
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,810

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-05-2014

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° 14

de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	5,460
12	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	3,840
6	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,475.00	8,850
12	CARPETA PLASTIFICADA CAFE C/ 2 BOLSILLO	123.00	1,476
12	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	159.00	1,908
12	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	159.00	1,908
12	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	1,908
10	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	425.00	4,250
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	408.00	4,080
12	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	1,008
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	98.00	1,176
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	98.00	1,176
3	MICA CARTA 50 UND. GRIS	1,395.00	4,185
2	MICA OFICIO 50 UND. GRIS	1,399.00	2,798
3	MICA CARTA 30 UND. NATURAL IBICO	1,343.00	4,029
2	MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO	1,297.00	2,594
12	PLUMON DELGADO X 12 COLORES ARTEL	337.00	4,044
12	STICK FIX 40 gr. UHU	577.00	6,924
12	TIJERAS PUNTA ROMA	187.00	2,244


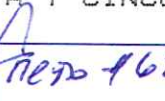

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	63,858
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	63,858
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	12,133
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	75,991

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

132

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° 4 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, 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	ARCILLA PROFESIONAL ARTEL BLANCA 1 KILO	988.00	11,856
12	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	6,720
12	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	116.00	1,392
12	CARPETA VINIL CARTA FAST RHEIN	355.00	4,260
12	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	157.00	1,884
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	87.00	1,044
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	87.00	1,044
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	87.00	1,044
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	87.00	522
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	87.00	522
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	87.00	1,044
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	87.00	522
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	87.00	522
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	87.00	1,044
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	87.00	522
6	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	87.00	522
12	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	516
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	29,760
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	36,680
12	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	539.00	6,468
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	2,376
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198.00	2,376
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	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

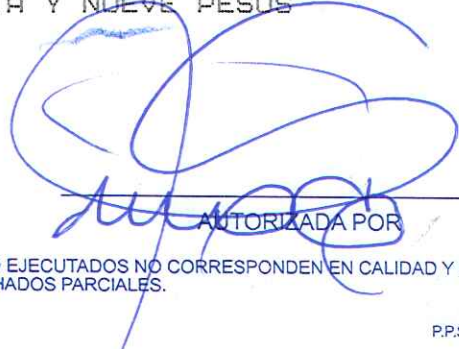
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	115,016
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	115,016
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	21,853
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	136,869

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

	Rem 62		
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: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 24

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 LAPIZ GRAFITO HB ALO	29.00	58
3	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	747.00	2,241
6	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM.X40 MT.	279.00	1,674
1	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	447.00	447
1	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID	1,805.00	1,805
8	STICK FIX 40 gr. PRITT	424.00	3,392

LA 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	9,617
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,617
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	1,827
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,444

SON : ONCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO 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: 08-05-2014

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 06-05-2014 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
5	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	2,275
3	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	744.00	2,232
10	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	560
6	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	408.00	2,448
24	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	2,016
2	LAPIZ PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,730.00	3,460
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	46.00	460
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,290.00	3,290
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	2,724
12	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	2,724
6	STICK FIX 40 gr. UHU	577.00	3,462
2	TEMPERA 250 CC. 11 BLANCO	958.00	1,916
2	TEMPERA 250 CC. 75 AMARILLO MEDIO ARTEL	958.00	1,916
2	TEMPERA 250 CC. 44 AZUL ULTRAMAR ARTEL	958.00	1,916
2	TEMPERA 250 CC. 88 BERMELLON ARTEL	958.00	1,916
2	TEMPERA 250 CC. 21 NEGRO	958.00	1,916
2	TEMPERA 250 CC. 51 VERDE ARTEL	958.00	1,916



LA 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	37,147
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,147
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	7,058
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,205

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCO PESOS

 Emitido por	<i>Neno 62</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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 4

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	560.00	6,720
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	87.00	870
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	87.00	870
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	87.00	870
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	87.00	870
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	3,780
4	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	518.00	2,072
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,488.00	59,520
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	73,360
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198.00	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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	151,308
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	151,308
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	28,749
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	180,057

SON : CIENTO OCHENTA MIL 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 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° 14

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha **06-05-2014** sírvase despachar

y/o ejecutar, 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

SON : DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS VEINTIUN 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.

135

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 22

Teléfono:
 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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. YERDEN DOSIFICADOR 340 C.C.	396	1,584
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	1,517	7,585

LA 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 : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DIEZ MIL NOVECIENTOS ONCE PESOS

VALOR NETO 9,169
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 9,169
 IVA 1,742
 TOTAL FACTURA 10,911

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>[Signature]</i>	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 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:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 06-05-2014

sírvase despachar

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


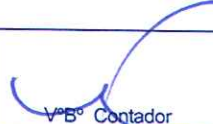
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	5	500
4	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	980	3,920
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	649
2	LISOFORM AEROSOL	1,290	2,580

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : CASA MARLIT
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : NUEVE MIL CIENTO DOS PESOS

VALOR NETO 7,649
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 7,649
IVA 1,453
TOTAL FACTURA 9,102

 Emitido por	1210457 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 08-05-2014

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 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CIF CREMA X 750 CC	936	2,808
4	CLORO GEL	726	2,904
6	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,124	36,744

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CINCUENTA MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS

VALOR NETO 42,456
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 42,456
 IVA 8,067
 TOTAL FACTURA 50,523

	
Emitido por	VºBº Contador

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 22

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BOLSA ALMACEN. ZIPLOC C/CIERRE GRANDE	1,502	45,060
10	CLORINDA X LTS	207	2,070
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	578	2,890
10	TOALLA NOVA	317	3,170

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	53,190
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	53,190
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,106
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,296

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y TRES 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.

FECHA: 08-05-2014

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 06-05-2014 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
2,000	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	5	10,000
2	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC ROSA FLORES	3,800	7,600

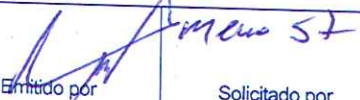



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 17,600
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 17,600
 IVA 3,344
 TOTAL FACTURA 20,944

SON : VEINTE MIL NOVECIENTOS 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: 08-05-2014

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 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CIF CREMA X 750 CC	936	1,872
2	DISPENSADOR TOALLA NOVA	5,809	11,618
2	ESPONJA VIRUTEX	189	378
1	JABON LIQ, X 5LTS	2,450	2,450

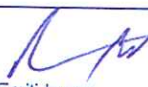
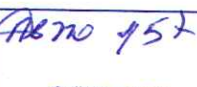

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	16,318
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,318
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,100
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,418

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 2

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


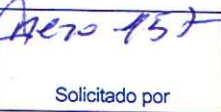
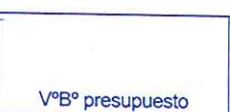

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	DISPENSADOR TOALLA NOVA	5,809	11,618

LA 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	11,618
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,618
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,825

SON : TRECE 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

12-5

070653

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 22 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, 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. YERDEN DOSIFICADOR 340 C.C.	396	792
5	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,680	8,400

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	9,192
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,192
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	1,746
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,938

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DIEZ MIL NOVECIENTOS 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 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° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
99	LOMEX 20 MG. (OMEPRAZOL) x 30 CAPSULAS	380	37,620


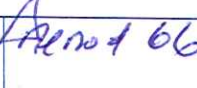


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	37,620
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,620
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,148
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,768

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS 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: 08-05-2014

Señor(es): LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,500	510,000

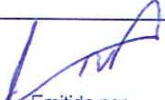
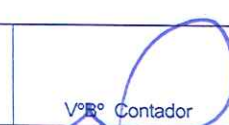
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	510,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	510,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	96,900
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	606,900

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SEIS MIL NOVECIENTOS 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): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

6295384

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 2626

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

de Fecha 06-05-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ATENOLOL 100 MG por 1000	10,560.0	52,800
7	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,280.0	36,960
500	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 100	660.0	330,000



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	419,760
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	419,760
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	79,754
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	499,514

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

 Emitido por	no 50 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): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	FENOBARBITAL 100 MG. x 1000 COMP.	25,000.0	225,000

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	225,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	225,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	42,750
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	267,750

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS

	Renno 58		
Entido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM		
2	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	8,000.0	80,000
4	CIPROFLOXACINO 500 MG por 600	15,000.0	30,000
100	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 20	15,000.0	60,000
100	VASELINA LIQ. por 125ml	2,300.0	230,000
		600.0	60,000

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 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 460,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 460,000
 IVA 87,400
 TOTAL FACTURA 547,400

SON : QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS 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: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 23

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 26 X 54 4C 10000 CAJA	238.00	238


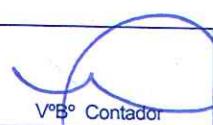
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC.	ADMINIVALOR NETO	238
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	238
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	45
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	283

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	new 63 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: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 23

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 AUTOADHESIVAS 26 X 54 4C 10000 CAJA	238.00	476

LA 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	476
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	0
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	SUB-TOTAL
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	476
	IVA
	90
	TOTAL FACTURA
	566

SON : QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

 new 63			
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: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TECLADO USB NEGRO KENSIGTON INALAMBRICO	15,130.00	151,300

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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC.	ADMINIVALOR NETO	151,300
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	151,300
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	28,747
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	180,047

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

 Emitido por	nero 63 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

070691

13-5

08-05-2014

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA
De acuerdo a su cotización N° 13

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 13X50 ADETEC X 144 UND	229.00	1,374
5	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 18 - 53 X 100	224.00	1,120
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. ADMIN	VALOR NETO	26,254
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,254
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	4,988
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,242

SON : TREINTA Y UN 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.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 3
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


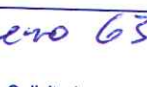

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR 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
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	
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: 08-05-2014

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 06-05-2014 sírvase despachar

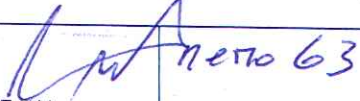
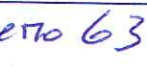

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	2,570
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 2,570
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	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	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 23

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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-RW IMATION 4.7 GB 16X	297.00	2,970
1	PAPEL FOTOGRAFICO PLUS (IMPRESORA) X 20 HOJAS	3,105.00	3,105
4	PLUMON PARA MARCAR CD NEGRO	198.00	792



LA 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	6,867
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 6,867
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA 1,305
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 8,172

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	nero 63 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 08-05-2014

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 06-05-2014 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
10	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	257.00	2,570
10	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	257.00	2,570
10	DVD-R IMATION 4.7 GB 8X STANDARD	262.00	2,620
4	HUB USB DE 4 PUERTOS	1,560.00	6,240
4	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	1,800.00	7,200
40	SOBRES PARA CD	389.00	15,560




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	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	36,760
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,760
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	6,984
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,744

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	new 63 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 3

y/o ejecutar, 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 4X	277.00	2,770
10	DVD-R SONY 4.7 GB 8X STANDARD	374.00	3,740
15	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON INALAMBRICO	15,130.00	226,950

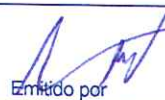


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINISTRADOR NETO	233,460
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 233,460
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA 44,357
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 277,817

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE PESOS

 Emisor por	ner 63 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 08-05-2014

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 06-05-2014 sírvase despachar

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


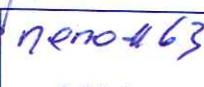


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	RIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	1,800.00	7,200


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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	7,200
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 7,200
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA 1,368
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 8,568

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : OCHO MIL QUINIENTOS 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 USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 3
 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 05-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PUNTERO LASER	2,712.00	2,712





LA 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	2,712
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,712
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	515
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,227

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 23

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CD IMATION GRABABLE	212.00	1,272

LA 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	1,272
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 1,272
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA 242
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 1,514

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS

 Emitido por	<i>Nero 63</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: 08-05-2014

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 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	257.00	1,542

LA 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	1,542
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	DESCUENTO 0.0 0
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	SUB-TOTAL 1,542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	IVA 293
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	TOTAL FACTURA 1,835

SON : UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

Empleado 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.

1308

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At: Sr:
 De acuerdo a su cotización N° 23

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	212.00	4,240

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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	4,240
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 4,240
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 806
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 5,046
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	

SON : CINCO MIL CUARENTA Y SEIS PESOS

	63		
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: 08-05-2014

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 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 FONO: 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

SON : SEIS MIL CIENTO DIECISIETE PESOS

	63	
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 USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At: Sr:
 De acuerdo a su cotización N° 23

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 SLI UNIDAD	212.00	4,240



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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	4,240
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,240
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	806
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,046

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCO MIL CUARENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	63 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------	------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 08-05-2014

Señor(es): ILDP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

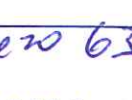
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	DVD-R SONY 4.7 GB 8X STANDARD	374.00	11,220


LA 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	11,220
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,220
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	2,132
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,352

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TRECE MIL TRESCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

9/5

070722

FECHA: 08-05-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 1 **de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
108	METFORMINA 850 MG por 1000	8,700	939,600
49	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 100	7,800	382,200
379	ESTRADIOL 2 MG X 30 COMP	3,960	1,500,840
2	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	19,000	38,000
27	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	4,500	121,500
1	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100	49,000	49,000
2	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	8,900	17,800
47	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800	225,600
1,362	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	208	283,296
146	ENALAPRILA 10 MG por 1000	2,200	321,200
1	COTRIMOXAZOL FORTE 800/160 por 1000	28,000	28,000
1	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,000	11,000
22	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,900	129,800
50	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500	425,000
5	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,800	64,000
2	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	8,900	17,800

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	4,554,636
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,554,636
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	865,381
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,420,017
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL DIECISIETE 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.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05
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 06-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	OFTABIOTICO COLIRIO		
3	CLORANFENICOL SOLUC. OFTALMICO 0.5% X10.ML. X 1 FCO	2,700 975	21,600 2,925


LA 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

VALOR NETO 24,525
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 24,525
IVA 4,660
TOTAL FACTURA 29,185

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTINUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS

	58		
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: 08-05-2014

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

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 05

y/o ejecutar, 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	CITALOPRAM 20 MG. POR 1000	15,000	105,000

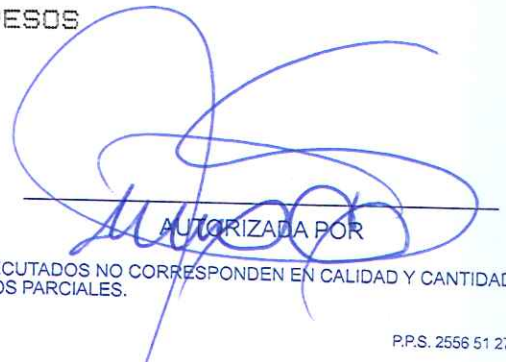
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	105,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	105,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	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	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 08-05-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05
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 08-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
18	MACROSAN 100 MG POR 50	4,250	76,500
117	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500	175,500
79	AC. FOLICO 1 MG POR 30	450	35,550


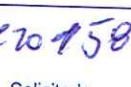


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

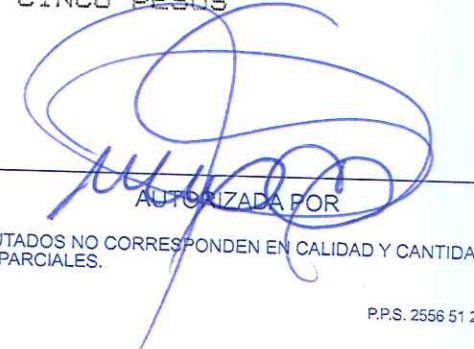
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	287,550
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	287,550
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	54,635
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	342,185

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA 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): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 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.


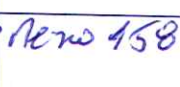


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	METRONIDAZOL 500 MG por 1000 compr	44,350	44,350
1	CLOTRIMAZOL 500 MG por 50 OVULOS	16,500	16,500
1	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO INF. CJX50	3,200	3,200

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	64,050
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	64,050
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	12,170
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	76,220

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS

 Emtido 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: 08-05-2014

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

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N°05 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
375	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	1,300	487,500
5	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	10,000	50,000

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	537,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	537,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	102,125
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	639,625
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	1070 #58 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070716

91

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N°05 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
106	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472	50,032
60	PASTA LASAR 30 Grs.	545	32,700
146	BENGUE POMADA POTE 30grs	545	79,570

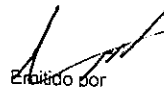
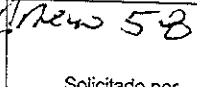


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

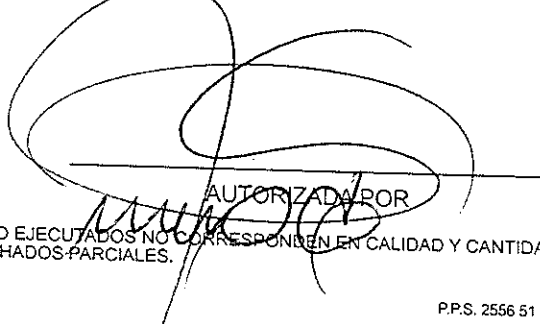
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	162,302
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,302
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	30,837
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	193,139

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE PESOS

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


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 08-05-2014

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

Dirección: AGUSTINAS N° 695

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
43	ALLOPURINOL 300 MG. 20 COMP.	489	21,027

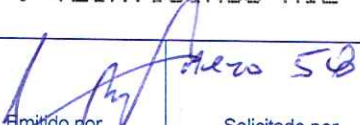
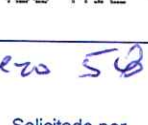


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	21,027
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,027
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	3,995
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,022

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICINCO MIL 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.

FECHA: 08-05-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 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
1	LOPERAMIDA 2 MG por 1000	13,000	13,000
10	LORATADINA 10 MG POR 1000	7,500	75,000
554	SERTRALINA 50 MG POR 30	430	238,220
15	POLIVITAMINICO por 1000	21,300	319,500
1	PARACETAMOL 125 MG por 50 UD. SUPOSITARIO	2,250	2,250
2	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500	11,000
7	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	12,000	84,000
2	IBUPROFENO 400 MG por 1000	12,500	25,000
140	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	870	121,800
8	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	16,300	130,400
1	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	12,000	12,000
2	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	12,000	24,000
2	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,800	15,600
145	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900	855,500
1	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	13,000	13,000


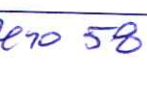


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,940,270
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,940,270
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	368,651
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,308,921

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
189	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,500	1,606,500
1	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	11,000	11,000

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

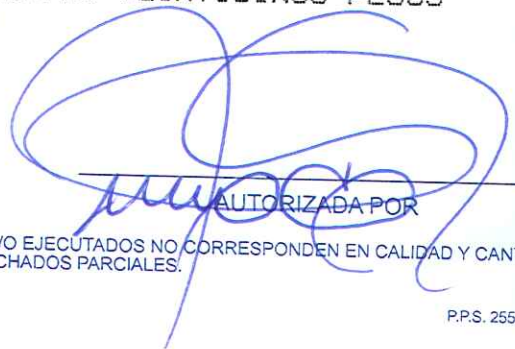
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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

VALOR NETO 1,617,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,617,500
 IVA 307,325
 TOTAL FACTURA 1,924,825

SON : UN MILLON NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOSIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	<i>Renzo SB</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: 08-05-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°2626

y/o ejecutar, 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	ATENOLOL 100 MG por 1000	10,560	21,120
5	AMOXICILINA 500 MG por 500	11,220	56,100
10	AC. ACETILSALICILICO 500 MG/ por 1000	1,082	10,820
1,180	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	660	778,800
150	ATORVASTATINA 10 MG por 30	317	47,550

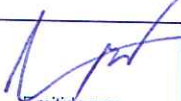
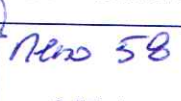


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	914,390
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	914,390
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	173,734
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,088,124

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTICUATRO 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: 08-05-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014

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
184	PARACETAMOL 500 MG por 1000		
8	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	4,800.0	883,200
15	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	2,400.0	19,200
7	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	5,000.0	75,000
2	DICLOFENACO 50 MG por 1000	8,000.0	56,000
1	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	10,000.0	20,000
35	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	15,000.0	15,000
92	ATORVASTATINA 20 MG. x 1000 COMP.	190.0	6,650
		19,000.0	1,748,000

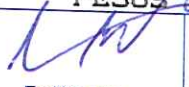
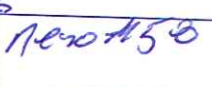


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,823,050
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,823,050
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	536,380
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,359,430

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS TREINTA - 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
LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.


AUTORIZADA POR

070709

FECHA: 08-05-2014

Señor(S.A. 969456702

Dirección Teléfono: 6243157

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N°05 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
792	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650	2,098,800

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,098,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,098,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	398,772
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,497,572

SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y -
DOS PESOS

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>Neno SB</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador <i>[Signature]</i>
--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

4446651

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	IBUPROFENO JBE. 200 MG por 25	16,250.0	260,000

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 260,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 260,000
IVA 49,400
TOTAL FACTURA 309,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS

 Emitido por	<i>Nexo SB</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: 08-05-2014

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

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	3,400.0	61,200
48	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.0	97,344
142	AC. FOLICO 5 MG por 30	810.0	115,020
133	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	217.0	28,861

LA 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


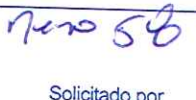
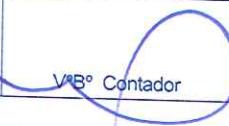
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 302,425
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 302,425
 IVA 57,461
 TOTAL FACTURA 359,886

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

5948521

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	FLUCLOXACILINA 250 MG. X 25 FRASCOS	26,000	26,000
4	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,000	44,000
6	CEFADROXILO 500 MG por 100	6,800	40,800
32	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,500	272,000
28	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,900	165,200
8	AMOXICILINA JARABE 500 MG por 25	14,375	115,000
30	TROLIT CJ/21 CM.	4,100	123,000
1	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100	49,000	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	835,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	835,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	158,650
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	993,650

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS

	Numero 58		
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:

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° 05

de Fecha 08-05-2014

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
49	OFTABIOTICO COLIRIO	2,700	132,300


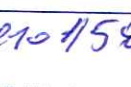


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	132,300
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	132,300
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	25,137
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	157,437

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS 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.

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

Dirección: FRANKLIN 741

4446651

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 05

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
62	MACROSAN 100 MG POR 50	4,250	263,500

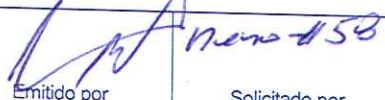


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	263,500
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	263,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	50,065
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	313,565

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TRECE MIL QUINIENTOS 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

4383122

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
106	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	875	92,750
2	POLIVITAMINICO JBE 120 ML.	15,000	30,000

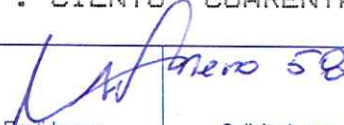

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	122,750
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	122,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,323
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	146,073

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL SETENTA Y TRES PESOS

	
Emitido por	V°B° Contador

Solicitado por

V°B° presupuesto

V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

7735732

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	SAL REHIDRATAD ORAL 60 mEqX30SOB por 30	6,237	149,688

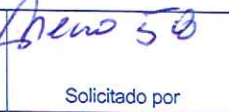
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	149,688
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	149,688
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,441
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	178,129

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTINUEVE 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: 08-05-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SERTRALINA 50 MG POR 30	430	25,800

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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	25,800
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	25,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,902
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,702

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA MIL SETECIENTOS 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: 08-05-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	IBUPROFENO 400 MG por 1000	12,500	175,000
3	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	12,000	36,000
3	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	12,000	36,000
1	DISULFIRAM 500 MG por 1000	50,000	50,000
1	DICLOFENACO INF 12,5 MG por 50	2,300	2,300
2	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	13,000	26,000
11	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,800	85,800
38	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100	117,800
3	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500	16,500
1	LORATADINA 10 MG POR 1000	7,500	7,500


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
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 552,900
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 552,900
IVA 105,051
TOTAL FACTURA 657,951

SON : SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS 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): **IMPORT. Y DISTRIB. DE FLORES CLARA MORAGA E HIJOS LTDA. 775806206**

Dirección: **AV. PDTE. EDO. FREI MONTALVA 1651 LOCAL 52**

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.


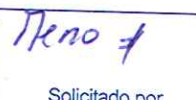
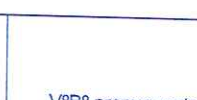

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
850	ROSAS ECUATORIANAS TALLO LARGO	622.0	528,700

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

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	528,700
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	528,700
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	100,453
FORMA DE PAGO : 5 DIAS C ENTREGA	TOTAL FACTURA	629,153

SON : SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-150D	9,675.00	29,025
3	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	12,000


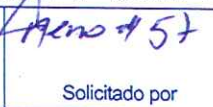
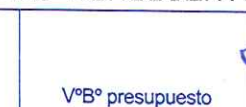
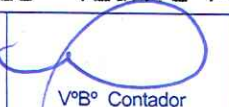
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	41,025
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,025
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,795
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,820

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SDN : CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 08-05-2014

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 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BASURERO 75 LTS SIMPLE	15,000.00	75,000
5	MOPAS CHICAS humeda de algodón	3,120.00	15,600
3	MULTIUSO ALTO PODER ENV. 5 LTS. WINZA-131	5,307.00	15,921
10	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,550.00	15,500
10	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	40,000

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	162,021
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,021
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	30,784
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	192,805

SON : CIENTO NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCO PESOS

Emiteo por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>[Signature]</i>	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

070750

FECHA: 08-05-2014

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 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,550.00	13,950
27	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	5,670
5	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	20,000

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	39,620
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,620
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	7,528
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,148

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y OCHO PESOS

Emtido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>new 57</i>	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 07-05-2014 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	40,000
6	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	30,468
20	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	4,200
1	REMOVEDOR DE CERAS ENV. 20 LTS. WINZA-092	20,572.00	20,572
1	PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (WINZA)	4,050.00	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	99,290
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	99,290
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	18,865
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	118,155

SON : CIENTO DIECIOCHO MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

FECHA: 08-05-2014

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,550.00	9,300
5	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	20,000
6	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	30,468
30	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	6,300

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	66,068
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,068
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	12,553
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,621

SON : SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS

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

[Large 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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At: Sr:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,550.00	9,300

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	9,300
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,300
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	1,767
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,067

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : ONCE MIL SESENTA Y SIETE PESOS

	neto 57	
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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	REMOVEDOR DE CERAS ENV. 20 LTS. WINZA-092	20,572.00	41,144
6	MOPA HOGAR C/MANGO (WINZA)	1,500.00	9,000
6	MOPAS CHICAS humeda de algodón	3,120.00	18,720
6	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,550.00	9,300
8	ESCOBA RAMA NORMAL (WINZA)	4,000.00	32,000

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	110,164
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	110,164
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	20,931
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	131,095

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : CIENTO TREINTA Y UN MIL NOVENTA Y CINCO PESOS

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

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTE ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE 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° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	13,240
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	7,614

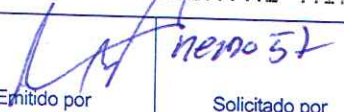
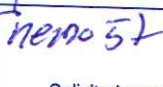


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

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

FORMA DE PAGO : 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.



ORDEN DE COMPRA

070744

FECHA: 08-05-2014

135

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 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	76,140
4	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 POS.)	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : CENTRO COSAM
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 128,920
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 128,920
IVA 24,495
TOTAL FACTURA 153,415

SON : CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

	new 57		
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.

135

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

FECHA:

Dirección: AVDA. EGANA 1065

2775449

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **

de Fecha 07-05-2014

sírvase despachar

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


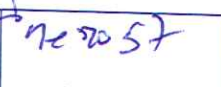


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	132,400

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 FONOS: 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	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA:

Dirección: AVDA. EGANA 1065

2775449

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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

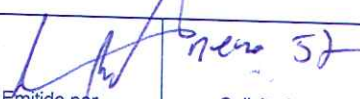
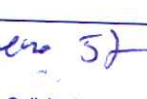

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,278.00	52,780

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	52,780
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	52,780
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	10,028
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,808

SON : SESENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS 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): 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 07-05-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, 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
20	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,278.00	105,560
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	66,200
6	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	12,680.00	76,080
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 FONONO: 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	<i>Revo</i> 57 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-------------------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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


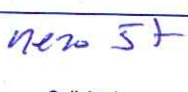


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

 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

2775449

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	33,100
5	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,249.00	26,245
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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	90,657
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	90,657
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	17,225
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	107,882

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	<i>new 457</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): 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 07-05-2014 sírvase despachar

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


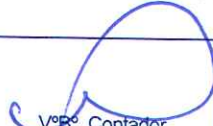
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
14	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	97,720
8	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,249.00	41,992
3	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	23,484

LA 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	163,196
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	163,196
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	31,007
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	194,203

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS 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.

FECHA: 08-05-2014

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 07-05-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


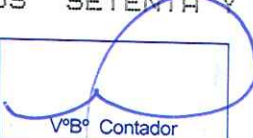
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	7,828
12	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,249.00	62,988

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	70,816
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,816
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	13,455
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	84,271

SON : OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UN PESOS

 Emitido por	new 57 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

08-05-2014

FECHA:

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

2775449

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,620.00	26,480
14	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	97,720
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	7,614.00	7,614

LA 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	131,814
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	131,814
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	25,045
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	156,859

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE 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

2775449

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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

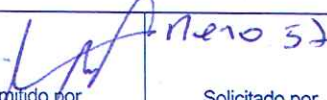
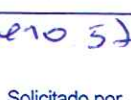

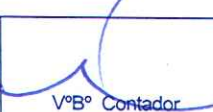
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,249.00	52,490

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

SON : SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS 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): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

2775449

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 PQS.)	13,195.00	52,780
4	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	12,680.00	50,720



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	103,500
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	103,500
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	19,665
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	123,165

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTITRES MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	new 57 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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) PFIZER CHILE S.A. 969812509

Dirección: AVDA. LAS AMERICAS 173

Teléfono: 2412112

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** 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.


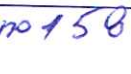


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	AMPARAX SUBLINGUAL 1 MG X 25	12,219.0	97,752

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	97,752
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	97,752
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,573
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	116,325

SON : CIENTO DIECISEIS MIL TRESCIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-05-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	BERODUAL P/NEBULIZACION	6,510.0	104,160


LA 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	104,160
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	104,160
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,790
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	123,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTITRES MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

	1270 158		
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): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar


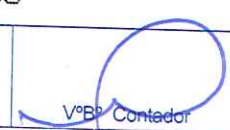
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	CAPTOPRIL 25 MG.	750.0	6,750

LA 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	6,750
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,283
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,033
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHO MIL TREINTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	<i>Nero 458</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: 08-05-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


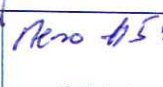
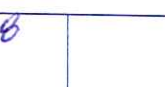

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
34	CLONAZEPAN 2,0 MG x 500	6,900.0	234,600
34	LAMOTRIGINA 50MG. X500 COMP. (TRADOX)	12,000.0	408,000

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	642,600
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	642,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	122,094
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	764,694

SON : SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO 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: 08-05-2014

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

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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


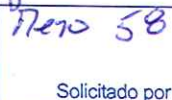


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ACIDO VALPROICO 200 MG	6,900.0	138,000

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	138,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	138,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	26,220
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	164,220

SON : CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTE 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: 08-05-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	OLANZAPINA 10 MG X 30	3,900.0	234,000


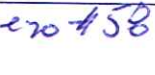


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	234,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	234,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	44,460
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	278,460

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO 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.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA. 850257000

Dirección: ANDRES BELLO 2687 PISO 19

Teléfono: 2039041

At.: Sr. ALEJANDRA MUÑOZ
 De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ESKALIT SR 450MG	4,500	180,000

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


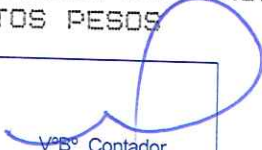
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS PESOS

 Emitido por	nero 58 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: 08-05-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DIAZEPAM 10 MG X 1000	7,800	23,400
8	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100	24,800
47	TRITICO 100 MG	8,000	376,000
266	SERTRALINA 50 MG POR 30	430	114,380
112	QUETIAPINA 100 MG x 30	4,200	470,400
1	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	12,000	12,000

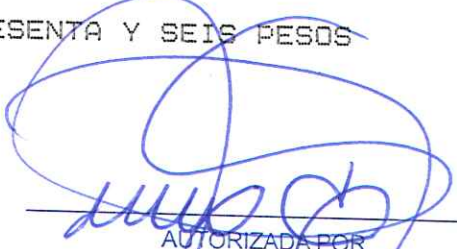
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,020,980
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,020,980
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	193,986
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,214,966

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	75058 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	----------------------	------------------	---


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 08-05-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 05

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SPIRIVA X 30 CAP	24,420	48,840
314	DESDREN 20 21 COMP. por 21	2,650	832,100


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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	880,940
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	880,940
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	167,379
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,048,319

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS

 Emitido por	Neto \$58 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: 08-05-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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


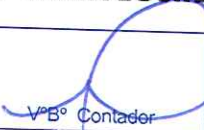
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	IBUPROFENO JBE. 200 MG por 25	16,250.0	32,500
1	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	14,000.0	14,000
1	CAPTOPRIL 25 MG.	750.0	750

LA 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 : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

VALOR NETO 47,250
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 47,250
 IVA 8,978
 TOTAL FACTURA 56,228

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070723

08-05-2014

FECHA:

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

Dirección: EMILIO VAISSE 574

4874292

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
48	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	2,028.0	97,344
52	AC. FOLICO 5 MG por 30	810.0	42,120

LA 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	139,464
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	139,464
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,498
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	165,962

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

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

[Handwritten 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 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
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	5,210
2	AGUA OXIGENADA FCO 1 LTS	492.0	984
400	VASO DESECHABLES	9.0	3,600
5	DICALEROS FINOS	417.0	2,085
5	MASCARILLAS CRAMBERY CJX50 UDS.	840.0	4,200

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	16,079
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,079
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,055
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,134

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECINUEVE MIL CIENTO 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: 09-05-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 AUTOCURADO CHEMFILL	13,277.0	39,831
10	EXTRACTOR PULPAR BLANCO	2,437.0	24,370
10	EXTRACTOR PULPAR AZUL	2,437.0	24,370
10	EXTRACTOR PULPAR AMARILLO	2,437.0	24,370

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	112,941
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	112,941
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,459
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	134,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS

Eritico 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: 09-05-2014

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°19794 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. MANUAL"	5,100.0	5,100
1	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. MANUAL"	5,150.0	5,150
1	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,500.0	10,500
2	HIPOCLORITO DE SODIO 4% LITRO	1,100.0	2,200
1	CEMENTO FOSFATO LIQ/POLVO	4,750.0	4,750
1	PELICULA RX ADULTO CJ*150	19,980.0	19,980
1	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	13,750
1	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.0	4,690
5	MANGOS DE ESPEJOS (PANORAMA 55)	430.0	2,150

LA 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	68,270
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	68,270
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,971
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,241
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

Emitido por *[Signature]* Solicitado por *159* 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-05-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 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	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - Ø14	1,030.0	20,600
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - Ø23	1,030.0	20,600
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - Ø10	1,030.0	20,600
20	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA DIAMANTE 801 - Ø23	1,450.0	29,000
10	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA (AMARILLA) 862-C-Ø12	1,450.0	14,500
5	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	9,600.0	48,000
10	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA (AMARILLA) 862-C-Ø10	1,450.0	14,500
12	FRESA ALTA VELOCIDAD CILINDRICA DIAMANTE 808 - Ø14	1,130.0	13,560
12	FRESA ALTA VELOCIDAD CILINDRICA DIAMANTE 835 - Ø16	1,130.0	13,560
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - Ø12	1,030.0	20,600
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø16	1,130.0	22,600
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø12	1,130.0	22,600
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø14	1,130.0	22,600
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø10	1,130.0	22,600
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-Ø18	1,030.0	20,600
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-Ø18	1,130.0	33,900
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - Ø16	1,030.0	20,600

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	381,020
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	381,020
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	72,394
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	453,414

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 09-05-2014

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 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PINCELES	2,325.0	23,250
30	SONDA DE CARIES (CURVAS)	470.0	14,100
20	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,072.0	21,440
10	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,550.0	15,500
500	VASO DESECHABLES	9.0	4,500
10	VASO DAPPEN VERDE	239.0	2,390


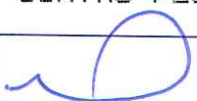
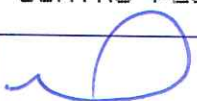
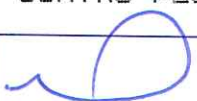
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	81,180
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	81,180
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,424
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	96,604

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUATRO 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: 09-05-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUIA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 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
30	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD REDONDA	798.0	23,940
4	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.0	6,052
30	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	798.0	23,940
10	PORTA DISCO SOFLEX	1,513.0	15,130
30	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD LLAMA	798.0	23,940
5	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.0	6,220
10	MERCURIO	7,983.0	79,830
10	EXTRACTOR PULPAR VERDE	2,437.0	24,370
7	LIMAS H 15-40 25 MM MAILLEFER	4,538.0	31,766
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	2,437.0	24,370
20	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	4,286.0	85,720
15	CUBETAS MEDIANAS AMARILLAS X 20 UD.	2,857.0	42,855
30	PINZA DE CURACIONES O EXAMEN ACERO CURVA	672.0	20,160

LA 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	408,293
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	408,293
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	77,576
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	485,869

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

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

FECHA: 09-05-2014

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° 19794 de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

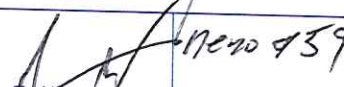
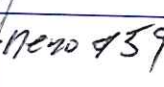


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AMALGAMA (DEGUSSA) 30 GR.	14,500.0	145,000
5	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	68,750
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 COLOR A.4	13,500.0	67,500
10	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,070.0	10,700
20	MANGOS DE ESPEJOS (PANORAMA 55)	430.0	8,600
24	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 4	530.0	12,720
24	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	530.0	12,720
10	EQUISPON DENTAL 10 x 10 x 10, 50 UNID.	2,250.0	22,500
2	COMPOSITE JERINGA Z-250 COLOR C4	13,300.0	26,600
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	427,590
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	427,590
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	81,242
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	508,832

SON : QUINIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA 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: 09-05-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ANESTESIA MEPIV. SCANDICINE 3% SN 50 TB SEPTODO NT	9,600.0	192,000
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	1,130.0	33,900
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 010	1,130.0	33,900
30	FRESA ALTA VELOCIDAD LAMA DIAMANTE 845 - 012	1,130.0	33,900
30	FRESA ALTA VELOCIDAD LAMA DIAMANTE 845 - 010	1,130.0	33,900
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 016	1,130.0	33,900

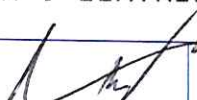
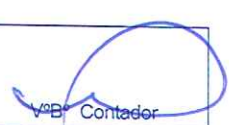
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	361,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	361,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	68,685
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	430,185

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS TREINTA MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	new 61 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 09-05-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

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 05-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	TAZA DE GOMA AMERICAN EAGLE	1,200.0	4,800
4	MECHERO DE VIDRIO	1,230.0	4,920
4	ESPATULAS DE ALGINATO METALICA	360.0	1,440

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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	11,160
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,160
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,120
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,280
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TRECE MIL DOSCIENTOS 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: 09-05-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 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
36	PASTA DENTAL COLGATE TRIPLE ACCION 134 GR.	868.0	31,248
6	DISCOS DE LIJA SOF-LEX CHICOS NEGRO	11,125.0	66,750
20	PINCELES	2,325.0	46,500
3	COMPOS. FILTEK ANTERIOR DENTI SHADE COLOR 3,5	15,434.0	46,302
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	5,210
6	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR NEGRO	11,125.0	66,750
36	CEPILLO ORAL-B (NINO) ETAPA 3	1,050.0	37,800
36	CEPILLO ORAL B INDICATO PLUS MEDIO-SUAVE	718.0	25,848
36	PASTA DENTAL COLGATE NINO	520.0	18,720
30	BANDEJA EXAMEN A2B	972.0	29,160


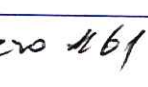


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	374,288
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	374,288
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	71,115
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	445,403

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TRES 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: 09-05-2014

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 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BANDEJA EXAMEN A2B	972.0	29,160
40	SONDA DE CARIES (CURVAS)	470.0	18,800
20	JERINGA CARPULE	4,202.0	84,040

LA 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

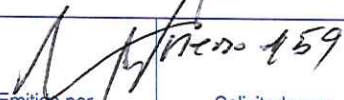
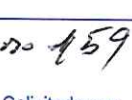


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

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

VALOR NETO 132,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 132,000
IVA 25,080
TOTAL FACTURA 157,080

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL OCHENTA PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070769

FECHA: 09-05-2014

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 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD REDONDA	798.0	15,960
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD LLAMA	798.0	15,960
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD BALA	798.0	15,960
20	SONDA PERIODONTAL CALIBRADA OMS	10,756.0	215,120
20	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	798.0	15,960
6	COMPOS. FOTOC. TETRIC FLOW VIVADE A 3	6,218.0	37,308



LA 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	316,268
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	316,268
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	60,091
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	376,359

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	numero 61 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 09-05-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 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	ZOCALO SET 5 UNIDADES RDILCO	4,622.0	46,220
10	ESCOBILLA PULIR MINI TIPO PENACHO	303.0	3,030
8	JUEGO DE CUBETAS ACERO INOXIDABLE P/DESDENTADO "S" (SUP-INF)	3,866.0	30,928
4	ESPATULAS PARA YESO MANGO MADERA	1,092.0	4,368
6	INSERTO CAVITRON 25KHZ TFI DENTPLY	32,605.0	195,630



LA 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	280,176
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	280,176
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	53,233
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	333,409

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NUEVE PESOS

 Entido por	17-05-13 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 09-05-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 19794

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCC	18,750.0	112,500
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,500.0	63,000
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A1	10,500.0	31,500
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	63,000
6	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,500.0	63,000



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

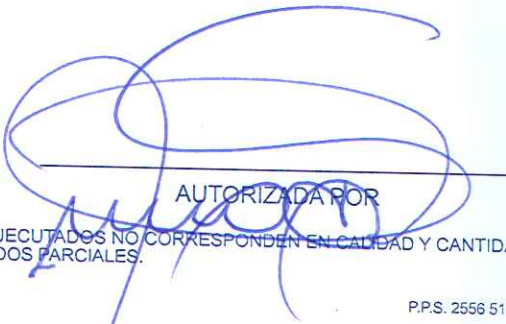
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	333,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	333,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	63,270
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	396,270

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS

 Emitted by	13020 #61 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	-----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 09-05-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 19794
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 06-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	63,000
6	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,500.0	63,000
6	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,500.0	63,000
3	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.0	5,850
4	CUCHILLO PARA YESO	850.0	3,400
2	LIJA AL AGUA PLIEGO	450.0	900
2	MECHA PARA MECHERO	210.0	420
40	MANGOS DE ESPEJOS (PANORAMA 55)	430.0	17,200
1	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. MANUAL"	5,100.0	5,100
1	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. MANUAL"	5,150.0	5,150

LA 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	227,020
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	227,020
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	43,134
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	270,154

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA MIL CIENTO CINCUENTA Y CUATRO PESOS

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>Neno 59</i>	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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): COMPUTACION OLIDATA LTDA. 968068407

Dirección: SAN EUGENIO 1571

Teléfono: 3708620

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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




CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	RENOVACION CONTRATO SCHOOL AGREEMENT PIL 3.5	1,155,000.00	1,155,000

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 : 421110 GASTOS EN COMPUTACION	VALOR NETO	1,155,000
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,155,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	219,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,374,450

SON : UN MILION TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA - PESOS

 Emitido por	<i>Ren J.V.</i> Solicitado por 7/5	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070763

FECHA: 08-05-2014

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
50	RENOVACION LICENCIA ESET ENDPOINT ANTIVIRUS POR 2 AÑOS	11,500.00	575,000

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	575,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	575,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	109,250
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	684,250

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

135

070762

FECHA: 08-05-2014

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
50	RENOVACION LICENCIA ESET ENDPOINT ANTIVIRUS POR 2 ANOS	11,500.00	575,000

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	575,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	575,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	109,250
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	684,250

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS

	no. 5.7 Velega 9/5		
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: 08-05-2014

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.


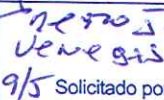
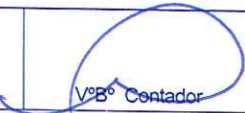
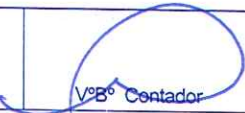
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	RENOVACION LICENCIA ESET ENDPOINT ANTIVIRUS POR 2 ANOS	11,500.00	2,300,000

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	2,300,000
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,300,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	437,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,737,000

SON : DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE 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.

FECHA: 08-05-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 2626

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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


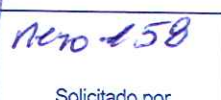
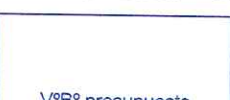

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	PAROXETINA 20 MG.	1,505.0	150,500

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	150,500
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	150,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,595
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,095

SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CINCO PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): LABORATORIO PASTEUR S.A. 876744007

Dirección: IGNACIO SERRANO 568

Teléfono: 4383122

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PREDNISONA JARABE 20 MG/5 ML.	22,000.0	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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	44,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	44,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	8,360
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	52,360

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS

 Emitido por	new 58 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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° 2626

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,000.0	20,000
43	PAROXETINA 20 MG.	1,505.0	64,715
10	NISTATINA 100.000 UI por 100 OV	975.0	9,750
196	VITAMINA B1+B6+B12 POR 3	2,073.0	406,308
5	PROPANOLOL 40 MG por 1000	4,500.0	22,500
100	CLORANFENICOL 500 MG por 1000	792.0	79,200
5	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000	9,240.0	46,200
8	METAMIZOL SODICO 300MG por 600	3,000.0	24,000
4	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	11,038.0	44,152

LA 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	716,825
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	716,825
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	136,197
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	853,022

SON : OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL VEINTIDOS PESOS

 Emitido por	<i>reno 58</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: 08-05-2014

Señor(es): SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF. 74

Teléfono: 4227296

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
160	CREMA HIDRATANTE 30 GRS.	490.0	78,400
160	CREMA LUBRICANTE 30 GRS.	450.0	72,000
20	VASELINA SOLIDA 30 GRS.	420.0	8,400

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	158,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	158,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	30,172
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	188,972

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 2626 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

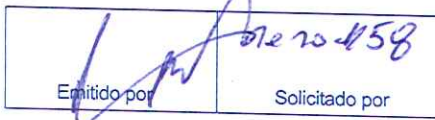
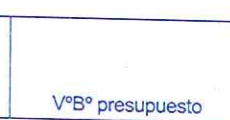

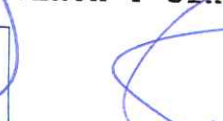
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	NISTATINA 100.000 UI por 100 OV	975.0	29,250
3	PROPANOLOL 10 MG por 1000	4,000.0	12,000
5	PROGESTERONA MICRONIZADA 100 MG	5,041.0	25,205
4	NITROGLICERINA 0,6 MG por 30	2,850.0	11,400
100	CLORANFENICOL 500 MG por 1000	792.0	79,200

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	157,055
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	157,055
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	29,840
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	186,895

SON : CIENTO OCHENTA Y SEIS 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): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


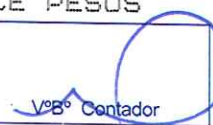
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TORTAS PARA 20 PERSONAS	18,488.00	184,880
10	TORTAS PARA 40 PERSONAS	26,891.00	268,910
10	TORTAS PARA 60 PERSONAS	34,454.00	344,540

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 : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	798,330
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	798,330
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	151,683
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	950,013

SON : NOVECIENTOS CINCUENTA MIL TRECE 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 USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: FRANCISCO MENESES 1980

Teléfono: 2291769

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





CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	TORECAN 6,5 MG. ENV. x 5 AMPOLLAS	9,440.0	377,600


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	377,600
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	377,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	71,744
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	449,344

SON : CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS 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: 12-05-2014

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

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	VIADIL SIMPLE 5 MG / 1 ML X 100 AMP	41,400.0	248,400

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

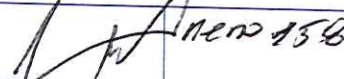
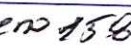
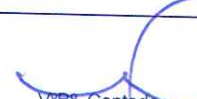
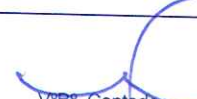
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

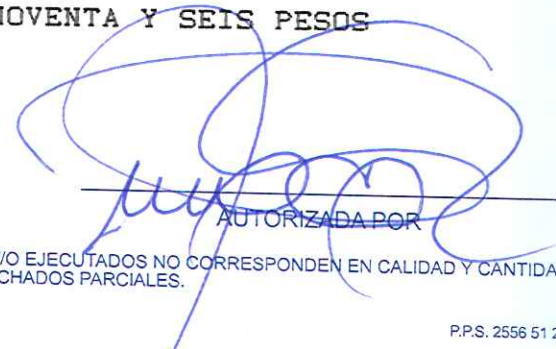
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 248,400
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 248,400
 IVA 47,196
 TOTAL FACTURA 295,596

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	 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

135

070804

FECHA: 12-05-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1056

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.0	138,000
12	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	59,400
1	SUERO GLUCOSADO 5%/250ML cjx20	7,000.0	7,000
11	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	70,400

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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	274,800
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	274,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	52,212
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	327,012

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL 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.

FECHA: 12-05-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	6,200.0	12,400
12	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML cjx100	6,000.0	72,000
4	RANITIDINA 50 MG /2 ML cjx100	5,800.0	23,200
4	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.0	24,000
7	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	29,000.0	203,000
2	CLORFENAMINA 10 MG/ML cjx100	6,100.0	12,200
2	BETAMETASONA 4 MG/ML cjx100	8,500.0	17,000

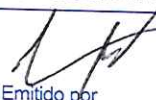
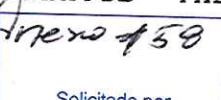
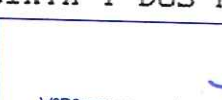
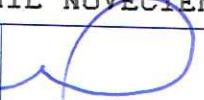
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC. Y QUIMICOS	VALOR NETO	363,800
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	363,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	69,122
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	432,922

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS 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): OPKO CHILE S.A. 766696309

Dirección: AGUSTINAS 640 PISO 10

Teléfono: 4381515

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	5,500.0	16,500

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	16,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,135
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,635

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS 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): PHARMA INVESTITA DE CHILE S.A. 945440007

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VIADIL SIMPLE 5 MG / 1 ML X 100 AMP	41,400.0	41,400

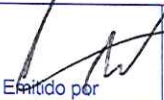



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	41,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,866
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,266

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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° 1056

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 FISIOLOGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	19,200
3	SUERO FISIOLOGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.0	18,000


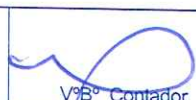
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	37,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,068
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,268

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	Nevo 58 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 12-05-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 05
 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 05-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CLORURO DE SODIO 0,9% 100 ML. cjX20	6,800.0	20,400
1	CLORFENAMINA 10 MG/ML cjx100	6,100.0	6,100

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	26,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	5,035
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,535
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS		

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

[Firma Autorizada]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): OPKO CHILE S.A. 766696309

Dirección: AGUSTINAS 640 PISO 10

Teléfono: 4381515

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PENICILINA SODICA 1.000.000U/I X 50	4,950.0	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	4,950
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,950
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	941
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,891

SON : CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

 Emitido por	RECIBO N° 58 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	--------------------------------	------------------	---------------


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 12-05-2014

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

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 1056
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 09-05-2014 sírvase despachar


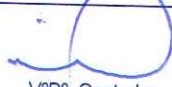
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	44,800
6	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.0	36,000

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	80,800
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	15,352
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	96,152

SON : NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	nero 150 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: 12-05-2014

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TIAMINA (B1) 30 MG cjx100	6,200.0	55,800
10	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 100 MG / 1 ML cjx100	6,200.0	62,000
10	CIANOCOBALAMINA (B12) 100 MG cjx100	6,200.0	62,000


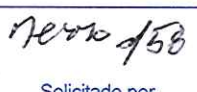


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	179,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	179,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	34,162
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	213,962

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS 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: 12-05-2014

Señor(es): OPKO CHILE S.A. 766696309

Dirección: AGUSTINAS 640 PISO 10

Teléfono: 4381515

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	AGUA BIDEUTILADA 5 CC/CJ*100	3,500.0	10,500

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 : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOCE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 10,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 10,500
 IVA 1,995
 TOTAL FACTURA 12,495

 Emitido por	12 no 458 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 09-05-2014

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

Dirección: CHILDE 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
20	GALLETA FIESTA	302.52	6,050
5	GALLETAS KUKY	390.76	1,954
20	GALLETAS MCKAY	394.96	7,899
5	GALLETAS ALTEZA	521.01	2,605
7	LECHE EN CAJITA	1,260.50	8,824
8	JUGOS ANDINA	801.68	6,413
2	CEREAL BAR	1,470.59	2,941

LA 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 : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	36,687
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	36,687
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	6,970
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,657
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CUARENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS 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): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
123	FLUOXETINA 20 MG. x 30 CAPS. (CLINIUM)	1,000.0	123,000

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	123,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	123,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,370
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	146,370

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA 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

13-5

070792

09-05-2014

FECHA:

Señor(es): GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA. 850257000

Dirección: ANDRES BELLO 2687 PISO 19

2039041

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRA MUÑOZ

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
312	ESKALIT SR 450 MG. x 50 COMP.	4,500.0	1,404,000

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	1,404,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,404,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	266,760
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,670,760

SON : UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 09-05-2014

Señor(es): DIMACOFI S.A. 920830005

Dirección: AV. VITACURA 2939 PISO 15

Teléfono: 2229177

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TINTA NEGRA RISO CZ-180 ORIGINAL COD: 41364	15,390.00	123,120
8	MASTER RISO CZ-180 B4 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 FONOS: 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	SUB-TOTAL	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	IVA	319,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	TOTAL FACTURA	60,648
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		379,848

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES CIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Renzo 467</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.

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MICROPILCELES DENBUR X 150 MORADO UDS.	2,680.0	2,680
3	FRESA BAJA VELOCIDAD LLAMA EXTRALARGA DIAMANTE 862-016	1,450.0	4,350
1	FRESA ALTA VELOCIDAD LAMA DIAMANTE 845 - 014	1,130.0	1,130
3	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA DIAMANTE 801 - 023	1,450.0	4,350
3	FRESA ALTA VELOCIDAD CONO INVERTIDO DIAMANTE 805 - 016	1,130.0	3,390
3	CONOS GUTAPERCHA 30 AL 4%	7,890.0	23,670
2	BLOCK MEZCLA DYCAL	510.0	1,020
8	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	9,600.0	76,800
7	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	9,600.0	67,200
7	ALGINATO JELTRATE PLUS RAPIDO 454 GRS	2,750.0	19,250
8	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML	4,100.0	32,800



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 : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	236,640
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	236,640
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	44,962
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	281,602

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS DOS PESOS

 nero #64	
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 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	FRESON PEEESO I	6,580.0	19,740

LA 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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	19,740
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,740
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	3,751
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,491

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

		
Emido por	Solicitado por	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): 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 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ACONDICIONADOR DE TEJIDO RESILENTE MOLLOSIL (DETAX)	31,691.0	31,691
1	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,072.0	1,072
1	ACIDO FLUORHIDRICO (PARA SILANO PARA METAL) JERINGA	2,391.0	2,391
14	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.0	11,760
1	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR AZUL	11,125.0	11,125
3	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP.BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	15,630
11	CAJA PLASTICA PARA ALMACENAR APARATOS DE ENDODONCIA	336.0	3,696

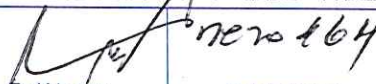
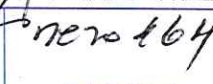


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A=	VALOR NETO	77,365
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	77,365
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	14,699
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	92,064

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y DOS MIL 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): 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 06-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,550.0	1,550
3	HIPOCLORITO 5%	967.0	2,901
1	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR NEGRO	11,125.0	11,125

LA 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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	15,576
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,576
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,959
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,535

SON : DIECIOCHO MIL QUINIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

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

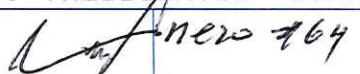
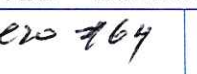


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	13,277.0	26,554
4	SILICONA SPEEDEX SUIZO MEDIUM 140 ML	6,807.0	27,228
14	SILICONA SPEEDEX COLTENE SUIZO ACTIVADOR 60 ML	6,639.0	92,946
1	LIMAS K 10 EN 21 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	4,958.0	4,958
9	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	6,050.0	54,450
2	MONOJET (CURVED TIP) x 100 UN.	13,866.0	27,732
1	DYCAL (MARCA DENTSPLY) CAJA MORADA	5,714.0	5,714
3	FRESA ENDO Z A/V MAILLAFER	5,630.0	16,890
3	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,244.0	3,732
3	CONOS GUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	1,849.0	5,547
4	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.0	12,100
2	ACEITE PARA TURBINA SPRAY NSK	12,269.0	24,538

LA 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

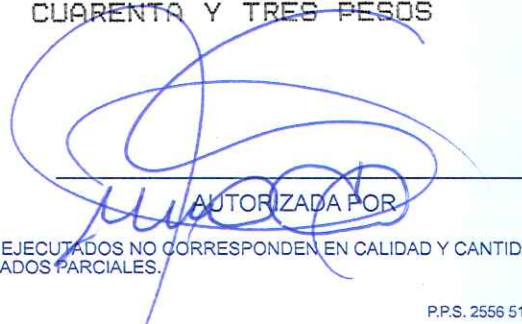
No se acepta la factorización del pago de este documento.-

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	302,389
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	302,389
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	57,454
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	359,843

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES 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: 09-05-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 5719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANQUITA

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LIMAS H 15-40 25 MM MAILLEFER	4,538.0	13,614
3	LIMAS K 08 EN 25 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	4,958.0	14,874
2	GOMA DIQUE 5X5 VERDE	3,866.0	7,732
1	FRESON DE ACERO (GRANDE GRUESO) HM79 - 040	11,597.0	11,597
3	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	4,286.0	12,858
3	FRESA GATES 1 MAILLEFER	10,420.0	31,260


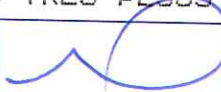
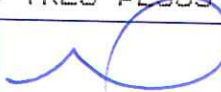
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	91,935
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	91,935
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	17,468
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	109,403

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NUEVE MIL CUATROCIENTOS TRES PESOS

 Emitido por	new 461 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 09-05-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 19794
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 06-05-2014 sírvase despachar

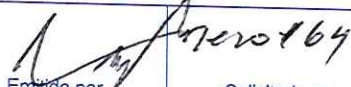
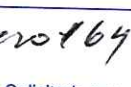
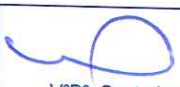
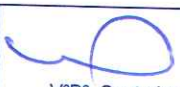
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCC	18,750.0	93,750
2	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	27,500
5	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) NII 4	530.0	2,650
3	SEDA DENTAL	900.0	2,700
1	RELYX U 100 A2 REFIL PACK	51,000.0	51,000
1	PELICULA RADIOGRAFIA DOBLE MARCA KODAK	23,000.0	23,000
1	OPALDAM 4 JERINGAS COD. 00325-0	27,730.0	27,730
13	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) NII 5	530.0	6,890
2	EQUISPON DENTAL 10 x 10 x 10, 50 UNID.	2,250.0	4,500
3	MONOJET (JERINGAS DE IRRIGACION) CAJ X 100	22,500.0	67,500
1	ENDO ICE	14,500.0	14,500
1	EUGENOL	350.0	350
3	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	31,500
1	CERA ROSADA ECOCERA X 30 LAMINA	1,980.0	1,980

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

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

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	355,550
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	355,550
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	67,555
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	423,105

SON : CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL CIENTO CINCO 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): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LIMAS N 25	3,760.0	37,600
10	LIMAS N 15	3,760.0	37,600
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	8,700.0	174,000
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	1,130.0	6,780
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-022	1,130.0	6,780
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-018	1,130.0	6,780
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-010	1,130.0	6,780
4	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-009	1,130.0	4,520
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-016	1,130.0	6,780
6	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-012	1,130.0	6,780

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	294,400
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	294,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	55,936
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	350,336

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

 Emitado 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: 15-05-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	52,780
40	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	279,200
6	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	105,678


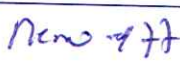

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 437,658
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 437,658
 IVA 83,155
 TOTAL FACTURA 520,813

MONTO: QUINIENTOS VEINTE 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	5,990.0	29,950

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	29,950
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,950
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,691
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,641

SON : TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

 Emitted by	<i>Renzo A J</i> 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): 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
20	GALLETA FIESTA	302.52	6,050
5	KUKY	390.76	1,954
20	GALLETAS MCKAY	394.96	7,899
5	GALLETAS ALTEZA	521.01	2,605
7	LECHE SABORIZADA	1,260.50	8,824
8	JUGOS ANDINA	801.68	6,413
2	CEREAL BAR	1,470.59	2,941



LA 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 : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	36,687
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	36,687
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	6,970
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,657

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	<i>Isla de Pasug.</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.



ORDEN DE COMPRA

16-5

070846

FECHA: 15-05-2014

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°

** 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	CARGA DE GAS 11 KG CLASICO	12,638.66	12,639
1	CARGA DE 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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 20,218
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 20,218
 IVA 3,842
 TOTAL FACTURA 24,060

SON : VEINTICUATRO MIL SESENTA PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): 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.

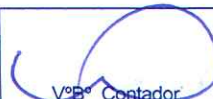
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARGA DE GAS 15 KG CLASICO	16,840.34	33,681

LA 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	33,681
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	33,681
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,399
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,080

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

Emtido por 	Solicitado por <i>no 7358</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.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): NEUMATICOS Y LLANTAS DEL PACIFICO LTDA 774352309

Dirección: IRARRAZABAL 3735

Teléfono: 2235682

At.: Sr.: GABRIELA

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

De acuerdo a su cotización N°


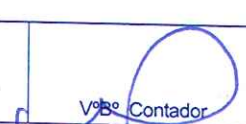
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	NEUMATICO 185/65 R14 MARCA DUNLOP	34,874.00	69,748

LA 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 : 422101 MANT.Y REPAR.VEHICULOS	VALOR NETO	69,748
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	69,748
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,252
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y TRES MIL PESOS		

	Nro 363		
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: 15-05-2014

Señor(es): NEUMATICOS Y LLANTAS DEL PACIFICO LTDA 774352309

Dirección: IRARRAZABAL 3735

Teléfono: 2235682

At.: Sr.: GABRIELA

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

De acuerdo a su cotización N°

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


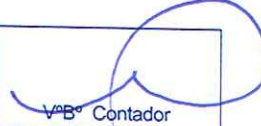
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	NEUMATICO 185/65 R14 MARCA DUNLOP	34,874.00	69,748

LA 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 : 422101 MANT.Y REPAR.VEHICULOS
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : OCHENTA Y TRES MIL PESOS

VALOR NETO 69,748
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 69,748
IVA 13,252
TOTAL FACTURA 83,000

 Emitido por	<i>new 363</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: 15-05-2014

Señor(es): NEUMATICOS Y LLANTAS DEL PACIFICO LTDA 774352309

Dirección: IRARRAZABAL 3735

Teléfono: 2235682

At.: Sr.: GABRIELA

De acuerdo a su cotización N°

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

sírvase despachar


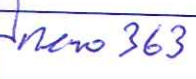

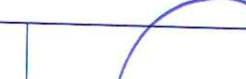
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	NEUMATICO 185/65 R14 MARCA DUNLOP	34,874.00	69,748

LA 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 : 422101 MANT.Y REPAR.VEHICULOS	VALOR NETO	69,748
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	69,748
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,252
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y TRES 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.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): NEUMATICOS Y LLANTAS DEL PACIFICO LTDA 774352309

Dirección: IRARRAZABAL 3735

Teléfono: 2235682

At.: Sr.: GABRIELA
 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	NEUMATICO 185/65 R14 MARCA DUNLOP	34,874.00	69,748

LA 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 : 422101 MANT.Y REPAR.VEHICULOS
 DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : OCHENTA Y TRES MIL PESOS

VALOR NETO 69,748
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 69,748
 IVA 13,252
 TOTAL FACTURA 83,000

Emitido por *[Signature]* Solicitado por *Revo 1363*
 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.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): NEUMATICOS Y LLANTAS DEL PACIFICO LTDA 774352309

Dirección: IRARRAZABAL 3735

Teléfono: 2235682

At.: Sr.: GABRIELA

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

De acuerdo a su cotización N°

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


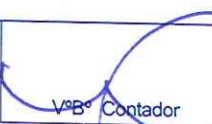
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	NEUMATICO 185/65 R14 MANCAR DUNLOP	34,874.00	69,748

LA 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 : 422101 MANT.Y REPAR.VEHICULOS	VALOR NETO	69,748
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	69,748
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,252
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : OCHENTA Y TRES MIL PESOS

 Emitido por	Renov 363 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: 15-05-2014

Señor(es): NEUMATICOS Y LLANTAS DEL PACIFICO LTDA 774352309

Dirección: IRARRAZABAL 3735

Teléfono: 2235682

At.: Sr.: GABRIELA

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

De acuerdo a su cotización N°



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	NEUMATICO 215/70 R16 MARCA NEXEN	74,790.00	149,580

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 422101 MANT.Y REPAR.VEHICULOS	VALOR NETO	149,580
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	149,580
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	28,420
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	178,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS		

	Monto #363		
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.



ORDEN DE COMPRA

070838

15-5

15-05-2014

FECHA:

INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Señor(es):

ANTONIO VARAS 2615

Dirección:

Teléfono:

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

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TIRAS REACTIVAS GLICEMIA P/TD 4251, FCO. x 50	9,000.0	27,000
13	TIRAS REACTIVAS P/MEDICION COLESTEROL TOTAL FC O. x 10 UN.	8,100.0	105,300


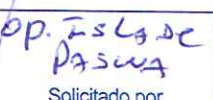

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	132,300
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	132,300
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	25,137
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	157,437

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE 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: 15-05-2014

Señor(es): IVENS S. A. 967643408

Dirección: AV. LOS LEONES 1071

Teléfono: 3608102

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

sírvase despachar


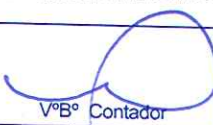
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	JERINGA CALIBRACION - JERINGA DE 3 LITROS PARA REALIZAR MANIOBRA DE VERIFICACION DE CALIBRACION, INCLUYE ADAPTADOR COMPATIBLE CON MICROLAB MK6, MK8, ML3535, JAEGER	450,000.00	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 : 424232 BONO PROGRAMA ERA	VALOR NETO	450,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	450,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	85,500
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	535,500
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS		

 Emitido por	1504496 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

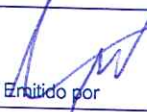

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VALES (230.000)	193,277.00	193,277

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO
 DESTINO : DIRECCION DE SALUD
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS

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

	230 234		
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: 15-05-2014

Señor(es): MAYORDENT CHILE LTDA. 769771204

Dirección: AVDA. SUECIA N° 84 OF. 31

Teléfono: 3610116

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.


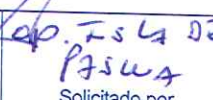
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	LIMAS PRE RACE 35/0,8 (KIT 5 UNIDADES) FKG	30,672.2	92,017
3	LIMAS RACE 25/0,2 EN 25 MM. FKG	26,890.7	80,672
4	LIMAS RACE 25/0,6 EN 25 MM. FKG	25,714.2	102,857
1	LIMAS RACE 35/0,24 2N 25 MM. FKG	23,949.5	23,950
4	FRESA DIAMANTE LLAMA LARGA BAJA/VEL. 016	1,092.4	4,370
1	FRESA DIAMANTE LLAMA LARGA BAJA/VEL. 010	1,092.4	1,092

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424216 ISLA DE PASCUA
 DESTINO : DIRECCION DE SALUD
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS PESOS

VALOR NETO 304,958
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 304,958
 IVA 57,942
 TOTAL FACTURA 362,900

 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): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	OBTURADOR ENDODONTICO CALAMUS MARCA DENSTPLY	1,529,412.0	1,529,412
1	LAMPARA DE FOTOCURADO LED INHALAMBRICA COLTOLU X, COLTENE, 2 ANOS DE GARANTIA.	268,908.0	268,908

LA 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 : 424216 ISLA DE PASCUA
DESTINO : DIRECCION DE SALUD
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : DOS MILLONES CIENTO CUARENTA MIL UN PESOS

VALOR NETO 1,798,320
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,798,320
IVA 341,681
TOTAL FACTURA 2,140,001

 Emitido por	 op. ISLA DE PASCUA Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:


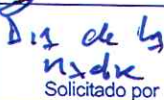
At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA PARA 20 PERSONAS	18,487.00	18,487

LA 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	18,487
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	18,487
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,513
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTIDOS 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.

FECHA: 13-05-2014

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.


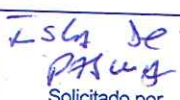
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
192	JUGOS EN CAJA	133.61	25,653
54	CEREAL BAR	1,470.59	79,412

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES
 DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO VEINTICINCO MIL VEINTISEIS PESOS

VALOR NETO 105,065
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 105,065
 IVA 19,962
 TOTAL FACTURA 125,027

 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: 13-05-2014

Señor(es): ARTICULOS DEPORTIVOS GACITUA Y CIA LTDA 898120007

Dirección: AEROPUERTO 9950

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
3	MESA PLEGABLE 1 MT MADERA CODIGO 01009-0010 CO	29,991.00	89,973
1	LOR CEDRO DESPACHO	15,000.00	15,000

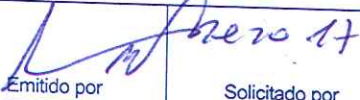


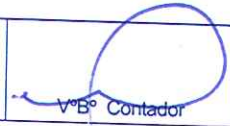
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 431102 MOBILIAR.ESCOLAR
 DESTINO : CENTRO DE REINSERCIÓN ESCOLAR
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 104,973
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 104,973
 IVA 19,945
 TOTAL FACTURA 124,918

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS 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.

FECHA: 13-05-2014

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

y/o ejecutar, 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	CONOS DE GUTAPERCHA Nro. 15-40/ 04 ROEKO ALEM.		
5	FRESA DE CARBIDE B/V REDONDA 016	4,960.0	9,920
4	FRESA DE CARBIDE B/V REDONDA 020	1,090.0	5,450
3	FRESA DE CARBIDE B/V REDONDA 023	1,090.0	4,360
4	FRESA DE DIAMANTE REDONDA A/V 016	1,090.0	3,270
15	FRESA DE DIAMANTE REDONDA A/V 020	1,190.0	4,760
16	FRESA DE DIAMANTE REDONDA A/V 023	1,190.0	17,850
3	FRESA DIAMANTE LLAMA LARGA A/V 012	1,400.0	22,400
6	FRESA DIAMANTE LLAMA LARGA A/V 014	1,520.0	4,560
4	FRESA DIAMANTE LLAMA LARGA B/V 012	1,520.0	9,120
6	FRESA DIAMANTE LLAMA LARGA B/V 014	1,520.0	6,080
		1,520.0	9,120

LA 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 : 424216 ISLA DE PASCUA
DESTINO : DIRECCION DE SALUD
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 96,890
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 96,890
IVA 18,409
TOTAL FACTURA 115,299

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
CIENTO QUINCE MIL DOSCIENTOS 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
O 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°

**** 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	FRESA DIAMANTE LLAMA LARGA B/V Ø14		
8	VASOS DAPPEN PLASTICOS	1,520.0	9,120
2	ANESTESIA 2% (SCANDICAINA SEPTODONT)	390.0	3,120
2	ANESTESIA 3% CAJA x 100	9,600.0	19,200
1	FRESA DE DIAMANTE REDONDA A/V Ø21	9,600.0	19,200
6	FRESA DE DIAMANTE REDONDA A/V Ø18	1,190.0	1,190
		1,190.0	7,140

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424216 ISLA DE PASCUA
DESTINO : DIRECCION DE SALUD
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : SETENTA MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS

VALOR NETO 58,970
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 58,970
IVA 11,204
TOTAL FACTURA 70,174

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

FECHA: 13-05-2014

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PVC PARA PENDONES ROLLER EN CUATRICROMIA MEDIDAS 0.80 X 200 CMS	35,000.00	175,000



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 : 424221 GASTOS FONDO SEP
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 175,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 175,000
 IVA 33,250
 TOTAL FACTURA 208,250

SON : DOSCIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emisor por	<i>Neno H. H.</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: 13-05-2014

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 (230.000)	193,277.00	193,277

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOSCIENTOS TREINTA MIL PESOS

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

<i>[Signature]</i> Emitido por	07-1384 Solicitado por	<i>[Signature]</i> V°B° presupuesto	<i>[Signature]</i> V°B° Contador
-----------------------------------	---------------------------	--	-------------------------------------

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): JI YONG KIM 100974975

Dirección: BASCUNAN GUERRERO 114

Teléfono:

At.: Sr.: COSAN, NATALI O YANINA
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
96	PARES DE GUANTES LANA PARA NINOS	210.00	20,160
84	PARES DE GUANTES POLAR	315.00	26,460
204	LLAVEROS METALICOS SURTIDOS	84.00	17,136
192	COLGANTES DE CELULAR CHILE	42.00	8,064
192	PULSERA CHILE	168.00	32,256
144	MUNEQUERA BANDERA CHILE	84.00	12,096
216	LLAVEROS LUCES SURTIDOS	105.00	22,680
192	LLAVEROS PELOTA FOOTBALL	84.00	16,128
108	MAMADERAS	168.00	18,144
192	TAZONES SAN VALENTIN	168.00	32,256
192	ESPEJOS	210.00	40,320
84	AROS	70.00	5,880

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 : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	251,580
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	251,580
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	47,800
FORMA DE PAGO : CHEQUE C ENTREGA	TOTAL FACTURA	299,380

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS

 Emido por	<i>Renzo H</i> <i>112 L.</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: 13-05-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CEM. IONOM. BASE F/C VITREBOND SET 3M USA.	33,000.0	132,000
4	VISTA TEC ULTRA LIGHT PROT. FACIAL LENTE C/3 V ISERAS SET Cod. 5620	28,500.0	114,000
1	ENDO ICE SPRAY FCO. 6 oz. HIGIENIC USA Cod. HY G350	14,500.0	14,500
3	MANGO DE ESPEJO Cod. 12-001 KREMS ALEMAN	470.0	1,410
2	VISCOSTA HEMOST. (Sulf. ferrico 20%) JGA. 30 M L. ULTRADENT Ref. 645-6	22,850.0	45,700

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

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

CUENTA : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	307,610
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	307,610
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	58,446
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	366,056

MONTO : TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS

Emtido 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: 13-05-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	LIMA K FLEXO MAILLEFER 31mm. Nro. 15-40	5,230.0	31,380
6	LIMA K FLEXO MAILLEFER 25mm. Nro. 15-40	5,230.0	31,380
8	LIMA HEDSTROEM MAILLEFER 25mm. Nro. 15-40	4,430.0	35,440
2	LIMA HEDSTROEM MAILLEFER 31mm. Nro. 15-40	4,430.0	8,860
3	LIMA HEDSTROEM MAILLEFER 25mm. Nro. 45-80	5,500.0	16,500
2	LIMA HEDSTROEM 31mm. Nro. 45-80	5,500.0	11,000
7	LIMA K MAILLEFER 25mm. Nro. 06	5,070.0	35,490
5	LIMA K MAILLEFER 25mm. Nro. 08	5,070.0	25,350
4	LIMA K MAILLEFER 25mm. Nro. 10	5,070.0	20,280
4	LIMA K MAILLEFER 31mm. Nro. 10	5,070.0	20,280
1	LIMA K MAILLEFER 25mm. Nro. 15	5,070.0	5,070
3	LIMA K MAILLEFER 25mm. Nro. 15-40	5,070.0	15,210
8	LIMA K MAILLEFER 31mm. Nro. 15-40	5,070.0	40,560
1	LIMA K MAILLEFER 25mm. Nro. 20	5,070.0	5,070
5	LIMA K MAILLEFER 25mm. Nro. 45-80	6,930.0	34,650
2	PROROOT MTA 1 SOBRE DENTSPLY	43,000.0	86,000
4	PECHERA BLANCA P/PACIENTE	1,080.0	4,320
1	PELIC. RX DF 57 DOBLE P/ADULTOS 130u. KODAK	22,500.0	22,500
1	PELIC. RX DF 58 SIMPLE P/ADULTOS 130u. KODAK	19,980.0	19,980
1	REGLA ENDOD. CALIBRADA DE ALUM. AZUL MICROD.	2,150.0	2,150
10	TOALLA CLINIC BLANCA CARGA 200 HJS.	1,750.0	17,500

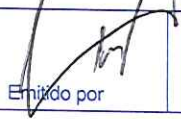
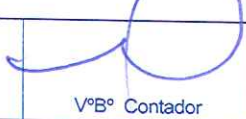
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	488,970
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	488,970
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	92,904
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	581,874

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-05-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 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	ACEITE LUBRIC. PANA SPRAY C/BOQ. NSK 480 ML.		
1	ALCOHOL DE QUEMAR 1000 CC.	12,340.0	12,340
2	ANESTESIA TOP GEL BENZOCAINA 20% POTE 15 GR.	1,200.0	1,200
1	ARCO DE YOUNG PLASTICO 5" HYGENIC	1,600.0	3,200
150	BOLSA PLASTICA 0,3mm. TRASP. 15 x 20 CM. UNIDA D	6,030.0 40.0	6,030 6,000
1	CEMENTO GROSSMAN 25 GR. HERTZ		
10	CONDENSADOR DE GUTAP. AMARILLO MAILLEFER	1,590.0	1,590
10	CONDENSADOR DE GUTAP. ROJO UNIDAD MAILLEFER	14,500.0	145,000
4	CONO GUTAP. ENDOTEK C/CODIF. DE COL Nro. 25, 1 20u.	14,500.0 1,590.0	145,000 6,360
1	CONO GUTAP. ENDOTEK C/CODIF DE COL Nro. 30, 12 0 u.	1,590.0	1,590
3	CONO GUTAP. ENDOTEK C/CODIF DE COL Nro. 35, 12 0u.	1,590.0	4,770
10	EDTTA SOL. 10% 10 CC. HERTZ		
1	EUCALIPTOL REFINADO 10 CC. ALFA	1,000.0	10,000
2	EYECTOR DESECH. TRASP. 100 UN. EURONDA ITALIA	790.0	790
1	GASA NO EST. 5 x 5 CM. PAQ. 200 UN. USA.	1,290.0	2,580
4	GLIDE FILE PREP INTRO PACKAGE 2 JGAS. + 25 PUN TAS DENTSPLY	1,250.0 25,530.0	1,250 102,120
1	GOMA DIQUE CORT. 5 x 5 VERDE CJ/52u. HIGIENIC USA	6,750.0	6,750
2	GUANTE DE EXAMEN LATEX SMALL CJ/100	2,330.0	4,660
3	GUANTE DE EXAMEN LATEX X-SMALL CJ/100	2,330.0	6,990
1	GUANTE DE EXAMEN VINILO SMALL CJ/100	1,690.0	1,690
1	HIDROX. DE CALCIO 30 CAPS. HERTZ	2,150.0	2,150
5	HIPOCLORITO DE SODIO AL 5% 1000 CC. HERTZ	1,100.0	5,500
1	LENTULO C/A MANGO METAL. MAILLEFER 25mm. AZUL	6,230.0	6,230
1	FIJADOR MAUAL GBX P/3,8 LTS. KODAK	5,150.0	5,150
1	REVELADOR MANUAL GBX P/3,8 LTS. KODAK	5,150.0	5,150

LA 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 : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	494,090
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	494,090
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	93,877
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	587,967

SON : QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS

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.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**** 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	AGUJAS CORTA CAJA x 100 UN. MISAWA		
1	ALGODON ROLLO x 1 KG.	3,025.0	3,025
3	CEMENTO TOP SEAL DENTSPLY	4,118.0	4,118
1	CLAMPS Nro. 1 MARCA HIGIENIC	32,353.0	97,059
2	CLAMPS Nro. 7 MARCA HIGIENIC	4,118.0	4,118
2	CLORHEXIDINA 2% FRASCO x 500 ML.	4,118.0	8,236
1	CORO GEL ENVASE x 1 LITRO	3,235.0	6,470
1	DYCAL DENTSPLY USA	1,579.0	1,579
1	ESPACIADOR DIGITAL Nro. 30 MAILLEFER x 4 UN.	6,303.0	6,303
2	ESPACIADOR MANUAL Nro. 25 MAILLEFER UNIDAD	6,471.0	6,471
2	ESPACIADOR MAUAL Nro. 30 MAILLEFER UNIDAD	3,782.0	7,564
1	GOMA DIQUE 6x6 (MORADA) HIGIENIC x 30 LAM.	3,782.0	7,564
63	INTRUMENTAL DE EXAMEN DESECHABLE ESTERIL	20,924.0	20,924
2	JABON LIQUIDO C/DISPENSADOR 2% FRASCO x 350 ML	924.0	58,212
	.	1,933.0	3,866
3	LIMAS PROTAPER S1 25 MM. MAILLEFER		
4	LIMAS PROTAPER S2 25 MM. MAILLEFER	23,361.0	70,083
3	LIMAS PROTAPER SX MAILLEFER	23,361.0	93,444
1	LOCALIZADOR APICAL PROPEX pixie DENTSPLY	23,361.0	70,083
1	MOTOR ENDODONTICO ENDOMATE INHALAMBRICO MARCA NSK	317,647.0	317,647
		533,613.0	533,613
1	ORALGENE 0,12% BIDON 3,8 LT.		
1	PUNTAS NAVITIP SURTIDAS ULTRADENT x 50 UN.	6,378.0	6,378
1	SONDAS PERIODONTALES CAROLINA DEL NORTE	69,076.0	69,076
1	TOPES DE GOMA, BOLSA x 50 UN.	10,751.0	10,751
4	TRAJE CLINICO AMBO P/CIRUJANO C/PANTALON	1,345.0	1,345
2	TURBINA MARCA NSK PANAMAX PUSH BOTON	2,437.0	9,748
1	ULTRACAL PACK CON 4 UNIDADES	92,437.0	184,874
1	VASO DE SILICONA BLANCO	26,555.0	26,555
200	VASOS DESECHABLES	1,092.0	1,092
2	VIDRIO IONOMERO CHEMFILL	13.0	2,600
1	LIMAS K 06 28 MM. MAILLEFER	13,025.0	26,050
		5,126.0	5,126

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

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

CUENTA : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	1,663,974
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,663,974
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	316,155
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,980,129

PERSONA : UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA MIL CIENTO VEINTINUEVE 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): 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
1	AGUA OXIGENADA FCO. x 1 LITRO	492.0	492
5	ALCOHOL 70% FCO. x 1 LITRO	1,063.0	5,315
2	JERINGAS MONOJET DE IRRIGACION ENDODONTICA CAJA A x 100 UN.	16,600.0	33,200
1	CAJA DE DESECHOS CORTOPUNZANTE MEDIANA	540.0	540
4	CUCHARETA DE CARIES	1,400.0	5,600
2	MASCARILLAS DESECHABLE C/ELASTICO	840.0	1,680
10	SET DE EXAMEN (ESPEJO C/MANGO, PINZA Y SONDA RECTA)	3,878.0	38,780

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 : 424216 ISLA DE PASCUA
DESTINO : DIRECCION DE SALUD
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : CIENTO UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 85,607
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 85,607
IVA 16,265
TOTAL FACTURA 101,872

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

FECHA: 12-05-2014

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
18	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG. x 1000 COMP	5,500.0	99,000

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 : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CIENTO DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS

VALOR NETO 99,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 99,000
 IVA 18,810
 TOTAL FACTURA 117,810

 Emitido por	numero 58 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: 12-05-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
36	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG. x 1000 COMP.	5,500.0	198,000

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	198,000
DIRECCION : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	198,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	37,620
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	235,620

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS

Emitted por: <i>[Signature]</i>	Solicitado por: <i>Remo 58</i>	V°B° presupuesto: <i>[Signature]</i>	V°B° Contador: <i>[Signature]</i>
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA PARA 40 PERSONAS	26,890.00	26,890

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 : 425127 GASTOS VARIOS	VALOR NETO	26,890
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	26,890
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,109
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,999
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS		

 Emitido por	NC 10 245 24. Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 12-05-2014

Señor(es): BOMBONES VARSOVIENNE S.A. 810134003

Dirección: EINSTEIN 787

Teléfono:

At.: Sr.: ADELA ROGERS

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.


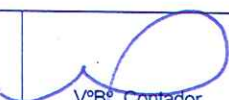
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	chocolates de leche envueltos en papel aluminio	4,298.00	85,960

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 : 425127 GASTOS VARIOS	VALOR NETO	85,960
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	85,960
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	16,332
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	102,292

SON : CIENTO DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	120.44 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): TORINO SPA 762429071

Dirección: DARDIGNAC 217

Teléfono:

At.: Sr. MILENA PONCE

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

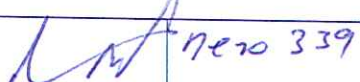
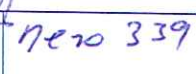


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CAMISA O POLERA MANGA LARGA CON LOGO	5,400.0	16,200
1	CHAQUETA SOFTSHELL CON LOGO	15,190.0	15,190
2	PANTALON CARGO VARON, MODELO DOCKER	5,990.0	11,980

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

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

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

VALOR NETO 43,370
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 43,370
 IVA 8,240
 TOTAL FACTURA 51,610

 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.

13-5

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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	CINTA DE EMBALAJE TRASNARENTE 48 MM X 40 MT U SATAPE	227.00	2,270

LA 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 : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOS MIL SETECIENTOS UN PESOS

VALOR NETO 2,270
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 2,270
 IVA 431
 TOTAL FACTURA 2,701

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

135

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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	CLORO 5 LT 5% DI CLEAN		
1	LAVALOZA 5 LT DETTER	1,381.00	2,762
2	LIMPISAPISO PINO 5 LT PROFESIONAL	3,145.00	3,145
1	VASO PLASTICO 200CC 1000 UN	3,162.00	6,324
5	DESENGRASANTE EXTRA FUERTE 1 LT	10,500.00	10,500
6	BOLSA BASURA 80 X 120 CM 10 UN NEGRA	1,248.00	6,240
		1,362.00	8,172

LA 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 : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS

VALOR NETO 37,143
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 37,143
 IVA 7,057
 TOTAL FACTURA 44,200

 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: 15-05-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL 70 GRADOS CAJA x 12 LTS.	12,758.0	12,758


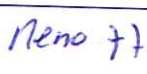


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 12,758
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 12,758
 IVA 2,424
 TOTAL FACTURA 15,182

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : QUINCE MIL CIENTO OCHENTA Y DOS 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 USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 05

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,110.0	1,110
14	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,725.0	24,150
16	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA S SUPER MAX	1,725.0	27,600
3	GUANTES DE LATEX CAJAS X 50 PCS. TALLA M SUPER MAX	1,725.0	5,175




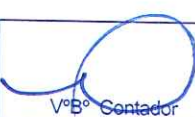
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CASA MARLIT
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 58,035
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 58,035
IVA 11,027
TOTAL FACTURA 69,062

SON : SESENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y DOS 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): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 05 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO	3,630.0	7,260

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	7,260
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,260
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,379
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,639

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	<i>Neno 77</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.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	41,880
2	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	35,226
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	13,195


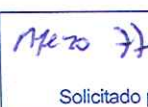
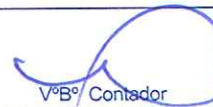
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

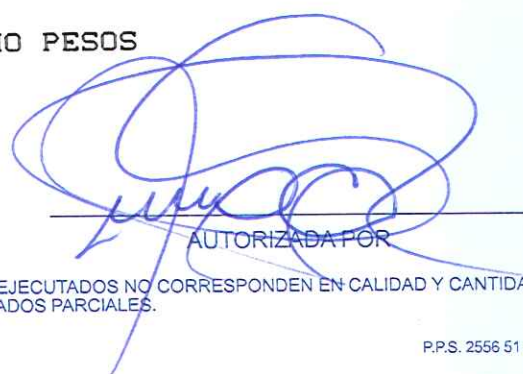
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 90,301
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 90,301
 IVA 17,157
 TOTAL FACTURA 107,458

SON : CIENTO SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

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


 AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	17,613
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	13,195
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	13,960

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	44,768
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	44,768
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,506
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,274

SON : CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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: 15-05-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

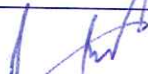
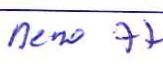


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	13,960
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	17,613
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	13,195

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	44,768
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	44,768
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,506
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,274

SON : CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	17,613
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	13,195
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	13,960


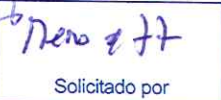


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	44,768
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	44,768
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,506
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,274

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO 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: 15-05-2014

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° 05 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

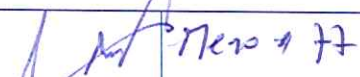
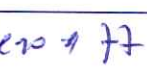


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	17,613
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	13,195
2	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	13,960

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	44,768
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	44,768
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,506
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	53,274

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CINCUENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO 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: 15-05-2014

Señor(es): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

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


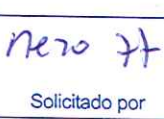
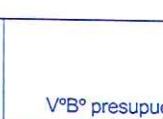

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	20.0	2,000
1	GASA ROLLO ROLLO x 1 KILO	9,900.0	9,900

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

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

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
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CATORCE MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 11,900
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 11,900
 IVA 2,261
 TOTAL FACTURA 14,161

 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°05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

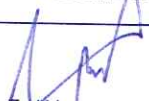
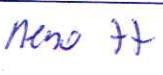


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	17,613
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	41,880
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	6,620.0	13,240

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	72,733
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	72,733
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,819
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	86,552

SON : OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS 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: 15-05-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	JERINGA DESECHABLE 3 CC BD CAJA X 150	5,400.0	54,000
30	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	3,700.0	111,000

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	165,000
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	165,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	31,350
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	196,350

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA 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): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 05

y/o ejecutar, 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 VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,110.0	11,100
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,110.0	11,100
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,725.0	51,750
40	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,725.0	69,000
1,000	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	20.0	20,000

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

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	162,950
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS.DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,950
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	30,961
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	193,911

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO : CIENTO NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS ONCE PESOS

 Emitido por	Meno + 77 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 15-05-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	105,678
5	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	65,975
42	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	293,160

LA 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	464,813
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	464,813
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	88,314
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	553,127

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO VEINTISIETE 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: 15-05-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12		
2	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	17,613.0 13,195.0	17,613 26,390


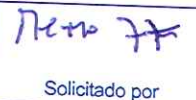
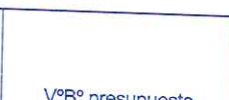
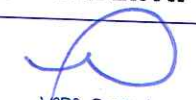
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 44,003
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 44,003
 IVA 8,361
 TOTAL FACTURA 52,364

MONTO : CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS 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.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	69,800
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,195.0	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	82,995
DESTINO	: CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	82,995
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	15,769
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,764

MONEDA: NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SESENTA 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 05

y/o ejecutar, 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	5,990.0	29,950

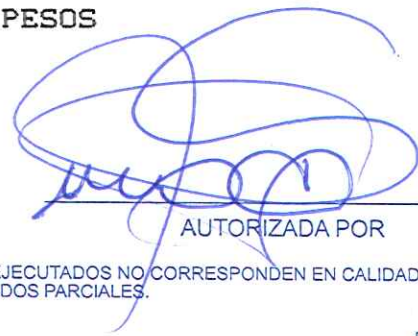
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	29,950
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,950
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,691
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,641

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y UN 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: 15-05-2014

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 90514

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100.0	162,000
30	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGHT TD-4251	9,000.0	270,000

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

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

CUENTA : 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
 MON : QUINIENTOS CATORCE MIL OCHENTA PESOS

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

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 15-05-2014

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

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 05 de Fecha 14-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


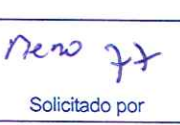
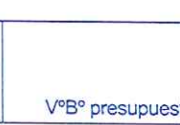
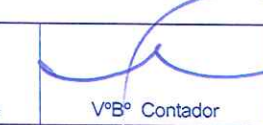
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ASKINA TRANSORBENT 15X15 CJ 5UNID	20,500.0	41,000
4	ASKINA CALGITROL AG 15 X 15 CJ 10UNID	73,500.0	294,000

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	335,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	335,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	63,650
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	398,650

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS 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.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): ALLMEDICA S. A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N°146714
 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 09-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
240	ESPECULO DESECHABLE 24mm.		
120	ESPECULO DESECHABLE 20mm.	390.0	93,600
2	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	390.0	46,800
		7,100.0	14,200

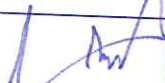
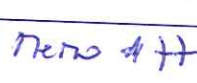


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 154,600
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 154,600
 IVA 29,374
 TOTAL FACTURA 183,974

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CIENTO OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

 Emiido 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: 15-05-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SABANILLA ABSORVENTE PAQUETE x 8 UN.	2,360.0	30,680
5	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	598.0	2,990
5	ALCOHOL 70 CAJA X 12 LT	12,758.0	63,790
4	ALCOHOL 70 GRADOS FRASCO x 250 ML. CJ/36	11,813.0	47,252

LA 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	144,712
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	144,712
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	27,495
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	172,207

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : CIENTO SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS 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): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 ESTERILES CAJAS x 50 pares N° 6 1/2	8,750.0	26,250
100	VENDA DE GASA ELASTOMULL 10CM. X4MT.	170.0	17,000
5	AGUJAS DESECHABLES 25G X 5/8 TERUMO X 100	2,000.0	10,000
5	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	13,510.0	67,550


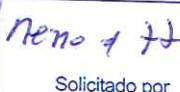
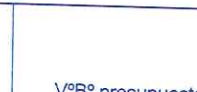

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	120,800
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	120,800
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	22,952
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	143,752

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS 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
 O COTIZADO POR USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M		
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,110.0	11,100
20	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,110.0	22,200
100	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,725.0	34,500
300	PECHERAS PLASTICAS DESECHABLES MANGA LARGA	1,725.0	172,500
		152.0	45,600

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 : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 285,900
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 285,900
IVA 54,321
TOTAL FACTURA 340,221

MONTO : TRESCIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS VEINTIUN PESOS

Entido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

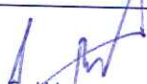
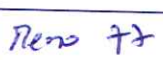

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	ALGODON TORULADO BOLSA 200UND. X 0.5G	900.0	36,000
6	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO (CHINO)	3,630.0	21,780

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	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	57,780
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	57,780
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	10,978
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,758

MON : SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA 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): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N°05 de Fecha 12-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SAF-GEL	7,350.0	7,350
2	AQUACEL AG 15X15 CJ.X5 UD.	70,000.0	140,000
10	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESI VO 10X10 CM. CJX10	29,750.0	297,500


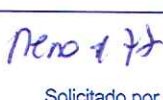

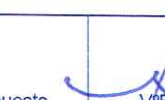
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	444,850
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	444,850
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	84,522
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	529,372

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS 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: 15-05-2014

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** 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	NU-GEL HIDROGEL AMORFO 25GS. CJX6		
6	NU-DERM APOSITO ALGINATO MECHA 2X30 CM. CJX5	18,497.0	18,497
1	NU-DERM APOSITO ALGINATO 10X10 CM. CJX10	24,539.0	147,234
5	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 9.5X9.5 CM. CJX10	26,379.0	26,379
		56,439.0	282,195

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 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 : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 474,305
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 474,305
 IVA 90,118
 TOTAL FACTURA 564,423

MONEDA : QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTITRES PESOS

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

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 05
 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 15-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,613.0	88,065

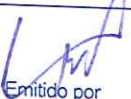
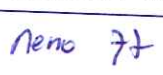


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CIENTO CUATRO MIL SETECIENTOS NOVENTA 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

195

070863

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): ACE SISTEMAS MEDICOS LTDA. 761413996

Dirección: VISTA HERMOSA 310 A

Teléfono:

At.: Sr. ALFONSO COFRE
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ROLLO DE ECOGRAFIA UPP 110 HG	8,500.0	85,000

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

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

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

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

SON : CIENTO UN MIL CIENTO CINCUENTA 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: 15-05-2014

Señor(es): LUIS ALBERTO ROKY LABORIE 064377329

Dirección: NAPOLEON 3565 OF. 1505

At.: Sr. EDUARDO ROKY

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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


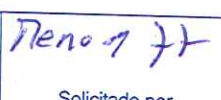
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	FARMAFIX 15 CM x 10 MT.	5,400.0	10,800
1	FARMAPORE 8 x 10 CM.	15,000.0	15,000

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 : 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 MIL SETECIENTOS DOS PESOS

VALOR NETO 25,800
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 25,800
 IVA 4,902
 TOTAL FACTURA 30,702

 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): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

FECHA: 15-05-2014

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 90514

Teléfono:
**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

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


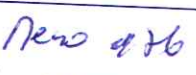


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGH T TD-4251	9,000.0	36,000

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

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

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

FECHA: 15-05-2014

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 90514

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100.0	243,000


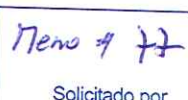

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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 243,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 243,000
 IVA 46,170
 TOTAL FACTURA 289,170

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA 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): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N°05 de Fecha 14-05-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PRONTOSAN 350 ML CJ 10UNID	102,500.0	102,500
5	ASKINA CARBOSORB 10 X 10 CJ 10UNID	45,000.0	225,000
5	ASKINA SRB MECHA ROLLOS 2,7 X 34 CM.	22,000.0	110,000
5	ASKINA CALGITROL AG 10 x 10 CJ x 10 UNID.	40,000.0	200,000
1	LINOVERA SOLUCION	125,000.0	125,000
5	ASKINA SORB PARCHE 10X10CM.	27,000.0	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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	897,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	897,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	170,525
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,068,025

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SESENTA Y OCHO MIL 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 146714

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 PAPEL PARA E.C.G 80mm x 30mts	1,800.0	54,000
120	ESPECULO DESECHABLE 20mm.	390.0	46,800
240	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390.0	93,600
120	ESPECULO DESECHABLE 22mm.	390.0	46,800


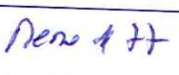


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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 241,200
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 241,200
 IVA 45,828
 TOTAL FACTURA 287,028

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL VEINTIOCHO 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: 15-05-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	APOSITO ALLEVYN ADHESIVO 12,5 CM. X12,5 CM	4,121.0	164,840

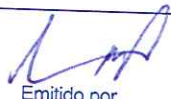


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 164,840
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 164,840
 IVA 31,320
 TOTAL FACTURA 196,160

MON : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA PESOS

 Emitido por	<i>Peru 176</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: 15-05-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 05

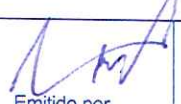
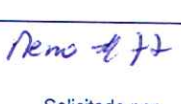

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,000	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS CORTA M	44.0	44,000
10	APOSITO ALLEVYN ADHESIVO 12,5 CM.X12,5 CM	4,121.0	41,210
1	FUNDAS DE LATEX PARA ECOGRAFIA VAGINAL ECOFUND A	6,048.0	6,048
10	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	2,600.0	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	117,258
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	117,258
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	22,279
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	139,537
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 15-05-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LANCETAS BIOTREX 28G	3,500.0	112,000




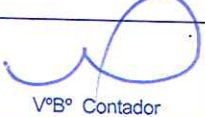
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 112,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 112,000
 IVA 21,280
 TOTAL FACTURA 133,280

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CIENTO TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS

 Entidad 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: 15-05-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar


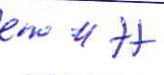


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	VENDA DE GASA ELASTOMULL 10CM.X4MT.		
10	JERINGA DESECHABLE 3 CC BD CAJA X 150	170.0	85,000
30	JERINGA DESECHABLE 5 CC BD CAJA X 100	5,400.0	54,000
		3,700.0	111,000

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	250,000
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	250,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	47,500
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	297,500
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS			

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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


 AUTORIZADA POR

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-05-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 05

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


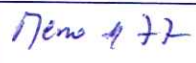


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,000	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	20.0	20,000
100	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 06 X 5	110.0	11,000
20	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,725.0	34,500
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,725.0	51,750
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,110.0	11,100
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,110.0	11,100

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

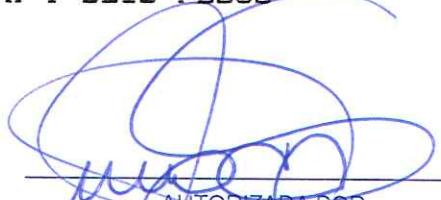
No se acepta la factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	139,450
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	139,450
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	26,496
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	165,946

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 12-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	AQUACEL AG 15X15 CJ. X5 UD.	70,000.0	420,000

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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 420,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 420,000
 IVA 79,800
 TOTAL FACTURA 499,800

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS 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: 15-05-2014

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

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 12-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CARBOFLEX 10X10 CM. PKX10		
15	DUODERM CGF 10X10 PQ.X5	39,200.0	196,000
5	SOF-FOAM APOSITO ESPUMA HIDROFILICA SIN ADHESI VO 10X10 CM. CJX10	12,800.0	192,000
		29,750.0	148,750
15	DUODERM EXTRA THIN 10X10		
5	AQUACEL 5X5 PKX10	21,840.0	327,600
5	AQUACEL AG 15X15 CJ.X5 UD.	39,200.0	196,000
5	AQUACEL AG 5 x 5 CAJA x 10 UN.	70,000.0	350,000
		44,800.0	224,000




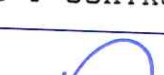
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

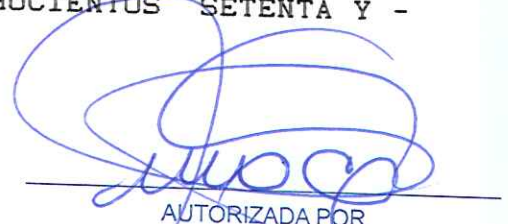
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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 1,634,350
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 1,634,350
IVA 310,527
TOTAL FACTURA 1,944,877

MONTO : UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN. DESPACHADOS PARCIALES.

070850

FECHA: 15-05-2014

Señor(es): ELECTRONICA Y COMERCIAL SISTEMA LTDA. 782889109

Dirección: PUDETO 6908

Teléfono: 2837033

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 05

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	ROLLO DE PAPEL TERMICO PARA DISPENSADOR DE NUMEROS TURNOTRONICS	1,890.0	94,500


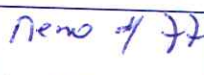


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 94,500
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 94,500
IVA 17,955
TOTAL FACTURA 112,455

SON : CIENTO DOCE MIL CUATROCIENTOS 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): LUIS HUMBERTO ZAMUDIO SANCHEZ 036363924

Dirección: GENERAL GANA 671

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	CAJA FORMULARIO CONTINUO "ATENCION DE URGENCIA "	22,750.00	455,000

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	455,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	455,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	86,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	541,450

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR *[Firma]*

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 19-05-2014

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 sírvese despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS 11 KG CLASICO	12,638.66	12,639
1	CARGA DE 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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039



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

CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 20,218
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 20,218
 IVA 3,842
 TOTAL FACTURA 24,060

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICUATRO MIL SESENTA PESOS

	Memo # 379		
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) 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
720	JUGOS	133.61	96,199
37	BARRA CEREAL	1,336.13	49,437

LA 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	145,636
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	145,636
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	27,671
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	173,307

SON : CIENTO SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SIETE PESOS

 Emitido por	Mero 437 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

070912

FECHA: 19-05-2014

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
2	CARGA DE GAS 45 KG CLASICO	42,126.05	84,252
1	CARGA DE GAS 15 KG CLASICO	16,840.34	16,840


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

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

CUENTA : 423104 GAS
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 101,092
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 101,092
IVA 19,208
TOTAL FACTURA 120,300

SON : CIENTO VEINTE MIL TRESCIENTOS PESOS

 Emitido por	Plc no 4379 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	----------------------------	------------------	---------------


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 19-05-2014

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 sírvase despachar


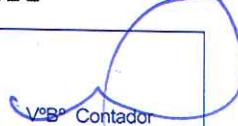
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS 45 KG CLASICO	42,126.05	42,126
1	CARGA DE GAS 15 KG CLASICO	16,840.34	16,840

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

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

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	58,966
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	58,966
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,204
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	70,170

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : SETENTA MIL CIENTO SETENTA PESOS

 Emitido por	Nº 379 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 19-05-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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
35	LIBRO DE ACTAS 200 HJ 534/F	3,257.00	113,995

LA 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	113,995
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	113,995
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	21,659
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	135,654

SON : CIENTO TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

Emitido por <i>[Firma]</i>	Solicitado por <i>[Firma]</i>	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 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. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**
y/o ejecutar, 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	BROWNIE	2,739.50	21,916



LA 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	VALOR NETO	21,916
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	21,916
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	4,164
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,080

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISEIS MIL OCHENTA 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

20-5

070908

FECHA: 19-05-2014

Señor(es): NEUMATICOS Y LLANTAS DEL PACIFICO LTDA 774352309

Dirección: IRARRAZABAL 3735

Teléfono: 2235682

At.: Sr.: GABRIELA

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

De acuerdo a su cotización N°

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	NEUMATICOS 205/002 16 LM 703	63,327.73	316,639
1	ALINEACION	10,084.03	10,084

LA 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 : 422101 MANT.Y REPAR.VEHICULOS	VALOR NETO	326,723
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	326,723
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	62,077
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	388,800

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

	nevo 134		
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) FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

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
131	PAROXETINA 20 MG. x 30 COMP.	1,505.0	197,155


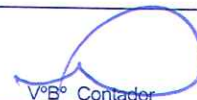
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

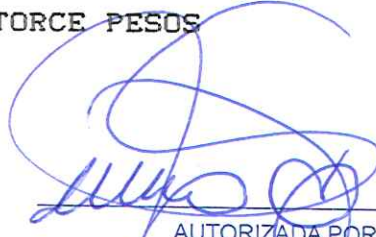
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	197,155
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	197,155
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	37,459
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	234,614

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS

 Emitido por	Meno 279 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 19-05-2014

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

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

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.


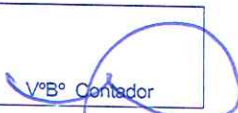
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GLUCOVANCE 500 MG. /5 MG. x 500 COMP.	10,000.0	100,000

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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424163 TOUR TURISTICO COLEGIOS	VALOR NETO	100,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	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

	Neno 479		
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.

070905

FECHA: 19-05-2014

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
1,407	ATORVASTATINA 10 MG. x 30 COMP.	317.0	446,019


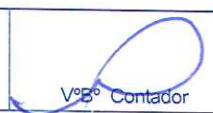
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	446,019
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	446,019
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	84,744
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	530,763

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	<i>Deno \$80</i> Juan Henríquez mil 19/5/14 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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 VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

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
437	SACARINA 20 MG. / 180 ML. FCO.	472.0	206,264



LA 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	206,264
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	206,264
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	39,190
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	245,454

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

 Emitido por	19070980 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 19-05-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
289	FERRAMIN 109 MG. F.E. x 30 CAPS.	1,500.0	433,500

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	433,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	433,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	82,365
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	515,865

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS QUINCE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO 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.

FECHA: 19-05-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521205

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	SHAMPOO KILNITS	1,900.00	190,000

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	190,000
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	190,000
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308		IVA	36,100
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	226,100

SON : DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CIEN PESOS

	Renovado		
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): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**** 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	MICROPINCELES x 150 COLOR MORADO DEMBUR USA	3,613.0	3,613
7	CONDENSADOR DE GUTAP. AMARILLO MAILLEFER	15,546.0	108,822
8	VASOS DAPPEN DE SILICONA TRASLUCIDO	1,261.0	10,088
1	LUPA OPERATIVA IMPORTADA USA	1,261.0	1,261

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	123,784
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	123,784
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	23,519
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	147,303
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TRES PESOS		

 Emitido por	<i>Fsl de</i> <i>Islug.</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.

070900

FECHA: 19-05-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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


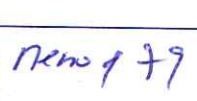


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
99	METFORMINA 850 MG. x 1000 COMP.	8,700.0	861,300

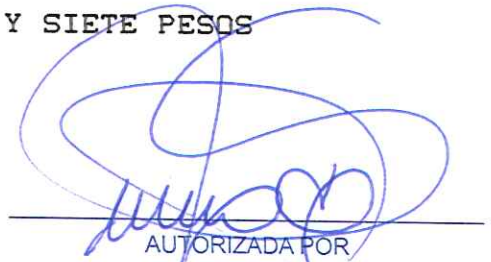
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	861,300
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	861,300
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	163,647
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,024,947

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

FECHA: 19-05-2014

Señor(es): SALCOBRAND S. A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF. 74

Teléfono: 4227296

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
1,347	VASELINA SOLIDA x 30 GRS.	420.0	565,740



LA 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	565,740
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	565,740
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	107,491
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	673,231

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

 Emitido por	Neto 180 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 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
176	PARACETAMOL 500 MG. x 1000 COMP.	4,800.0	844,800
16	CLORFENAMINA 4 MG. x 1000 COMP.	2,400.0	38,400

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

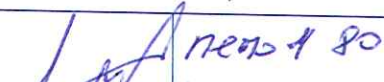
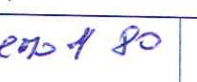


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 883,200
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 883,200
IVA 167,808
TOTAL FACTURA 1,051,008

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CINCUENTA Y UN MIL OCHO PESOS

 Emtido 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): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VIDRIO IONOMERO F/C VITREBOND 3M JERINGA	43,000.0	172,000




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 : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	172,000
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	172,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	32,680
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	204,680

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS

 Emitido por	 Isla de Pascua Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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: 16-05-2014

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	BUS 44 PAX - SANTIAGO / MARBELLA / SANTIAGO = 23/05/14 07:30 HS COLEGIO SANTA MARIA DE LAS C ONDES	520,000.00	1,040,000

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 : 424114 SEMIN. Y ENCUENTROS	VALOR NETO	1,040,000
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,040,000
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	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

	<i>Seniasnjos</i>	
Emiido 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: 16-05-2014

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° 05 de Fecha 15-05-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, 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 OXIGENADA CAJA x 12 FCO.	6,960.0	13,920





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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CASA MARLIT
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 13,920
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 13,920
IVA 2,645
TOTAL FACTURA 16,565

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DIECISEIS MIL QUINIENTOS 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.

GMK. (a)
16-5

Señor(es): DMED S. A. 995639807

Dirección: LOS LEONES 2376

Teléfono: 2409010

At.: Sr.: CRISTIAN INFANTE

De acuerdo a su cotización N° 1557

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 16-05-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 35X35 CM. VAR	47,231.0	188,924
6	REVELADOR AUTOMATICO G 138 2X20 VAR	24,546.0	147,276
1	PLACAS MAMORAY 24X30 CM. VAR	54,000.0	54,000
20	PLACAS MAMORAY 18X24 CM. VAR	35,000.0	700,000
6	FIJADOR AUTOMATICO G 334i 2X20 VAR	20,392.0	122,352
8	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 35X43 CM. VAR	48,044.0	384,352
10	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 18X24 CM. VAR	16,381.0	163,810
2	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 30X40 CM. VAR	44,734.0	89,468
10	PLACAS RX ORTHO CP G PLUS 24X30 CM. VAR	27,302.0	273,020


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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 2,123,202
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 2,123,202
 IVA 403,408
 TOTAL FACTURA 2,526,610

SON : DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS DIEZ 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): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 05
 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 15-05-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1 1/2 CAJA x 100	2,000.0	10,000


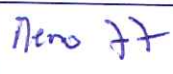

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	10,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	1,900
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,900

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : ONCE 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: 16-05-2014

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

Dirección: AVDA. SUECIA 0119 OF. 508

Teléfono: 6211059

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

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


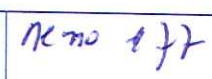

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	CEPILLO PARA CITOLOGIAS RAM BRUSH ESTERIL (PAP) CAJA x 100	145.0	72,500
500	ESPATULA DE MADERA ESTERIL AYRE BOLSA x 500 UN	22.0	11,000

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	83,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	83,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,865
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	99,365

SON : NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS 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.

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.



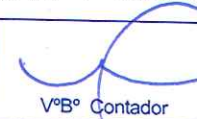
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	BROWNIE CHOC	3,336.13	13,345
4	JUGOS WATTS CAJITAS	3,206.72	12,827

LA 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	VALOR NETO	26,171
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	26,171
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	4,973
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,144

SON : TREINTA Y UN MIL CIENTO CUARENTA 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 15-05-2014

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
1	TORTA PARA 10 PERSONAS	10,084.00	10,084

LA 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	10,084
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	10,084
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	1,916
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOCE MIL PESOS

 Emitido por	<i>Dis de la noche</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.

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

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	IPHONE 4, 8GB COLOR NEGRO	193,269.0	579,807




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 : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	579,807
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	579,807
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	110,163
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	689,970

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	<i>Reyes 123</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

29-5

070951

FECHA: 28-05-2014

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
1	EQUIPO FAX TERMICO C/ROLLO BROTHERS 275	79,000.0	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 422102 MANT.Y REPAR.EQUIPOS	VALOR NETO	79,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	79,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	15,010
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	94,010

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : NOVENTA Y CUATRO MIL DIEZ PESOS

	12000410	
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

29-5

070950

FECHA: 28-05-2014

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
1	NOTEBOOK HP 17.3" INTEL CORE i7 16GB/750GB/ T. VIDEO 2GB	672,260.5	672,261

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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123101	MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	672,261
DESTINO : ADMINISTRACION	CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	672,261
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207		IVA	127,730
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	799,991

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	METFORMINA 850 MG. x 1000 COMP.	9,700.0	485,000


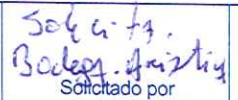

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	485,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	485,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	92,150
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	577,150

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO 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.

FECHA: 26-05-2014

Señor(es) BIOTECH LIMITADA 760063665

Dirección: ARZOBISPO LARRAIN GANDARILLA 145

Teléfono: 6350809

At.: Sr. PAMELA SAEZ

**** 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	ULTRASONIDO UDS-K C/S PUNTAS WOODPECKER	115,000.0	230,000


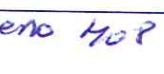


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424259 ESTIMULO CESFAN
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 230,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 230,000
 IVA 43,700
 TOTAL FACTURA 273,700

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS 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.

070944

FECHA: 26-05-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

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

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



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
37	CEPILLO ADULTO INDICATOR 35 SUAVE ORAL B	850.0	31,450
37	PASTA DENTAL TRIPLE ACCION 134 GRS. 1450 PPM C OLGATE	1,150.0	42,550

LA 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 : 424236 PROGRAMA ODONTOLOGICO MHER	VALOR NETO	74,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	74,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,060
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,060
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS		

 Emitido por	<i>Renzo Hob.</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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 26-05-2014

Señor(es): **IMPLEMED LTDA. 79921850K**

Dirección: **MAULE 488**

Teléfono: **5568129**

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	CAJA DE DESECHOS CORTOPUNZANTE GRANDE	800.0	40,000



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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 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 40,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 40,000
 IVA 7,600
 TOTAL FACTURA 47,600

SON : CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS

 Emitido por	Paul Harris 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.

070942

FECHA: 26-05-2014

Señor(es): IMPEMED LTDA. 79921850K

Dirección: MAULE 488

Teléfono: 5568129

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	CAJA DE DESECHOS CORTOPUNZANTE GRANDE	800.0	40,000
50	CAJA DE DESECHOS CORTOPUNZANTE MEDIANA	600.0	30,000


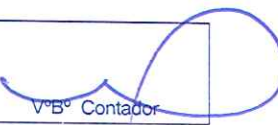
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS PESOS

 Emitido por	83 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------	------------------	---


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

27-5

070941

FECHA: 26-05-2014

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
300	ESTRADIOL 2MG. x 30 COMP. (PRIMAQUIN)	5,100.0	1,530,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,530,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,530,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	290,700
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,820,700

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS 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.

FECHA: 26-05-2014

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° de Fecha sírvase despachar y/o ejecutar, 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	ADHESIVO P/CUBETA 10ml. SPEDEX COLTENE SUIZA	6,500.0	52,000

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 : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	52,000
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	52,000
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	9,880
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	61,880
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS

 Emitido por	Tremo 464 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

AUTORIZADA POR


OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): IDEAS EDUCATIVAS LTDA. 772629303

Dirección: LOS BARBECHOS 40

Teléfono: 2027274

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
19	LETRAS Y PALABRAS MOVILES	3,025.00	57,475

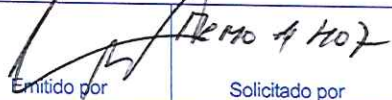



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	57,475
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	57,475
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	10,920
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	68,395

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

			
Emittido 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): 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	BUS 44 PAX IDA Y VUELTA SANTIAGO/MARBELLA PARA EL 30/05/14 A LAS 07:30 HS EN COLEGIO JUAN PABLO II	520,000.00	1,040,000


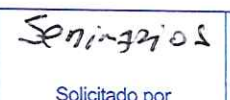
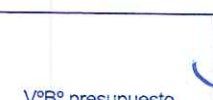

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	1,040,000
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,040,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	197,600
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,237,600

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE 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.

Señor(es): DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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

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

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


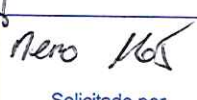
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
13	CAFE INST. TARRO EN POLVO 170 GRS. NESCAFE	2,921.0	37,973
6	TE ROYAL CEYLAN CAJA x 100 UN LYPTON	2,581.0	15,486
9	AZUCAR GRANULADA PQTE. x 1KG. DAMA BLANCA	459.0	4,131
2	ENDULZANTE STEVIA 270ML. DAILY	2,219.0	4,438
1	VASO PLASTICO 300CC. x 200 UN	2,933.0	2,933
3	VASO PLUMAVIT 180/200CC. x 200 UN.	3,154.0	9,462
1	REVOLVEDOR PLASTICO P/CAFE x 1000 UN.	3,487.0	3,487
5	PLATO PLSTICO BLANCO 14CM. x 20 UN	643.0	3,215
4	TENEDOR PLASTICO x 25 UN.	258.0	1,032

LA 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	VALOR NETO	82,157
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	82,157
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	15,610
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97,767

SON : NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA 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) CHILEACTIVO LTDA 771982808

Dirección: SANTIAGO DE URIONA 1948

Teléfono: 27244109

At.: Sr. ROSSANA CASTRO

**** 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	BANDA THERA-BAND 45,7 MTS. AMARILLA	62,690.0	62,690
1	BANDA THERA-BAND 45,7 MTS. ROJA	65,799.0	65,799
1	BANDA THERA-BAND 45,7 MTS. VERDE	71,765.0	71,765
1	BANDA THERA-BAND 45,7 MTS. AZUL	81,597.0	81,597


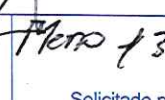
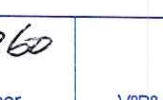

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	281,851
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 6.0	16,911
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	264,940
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	50,339
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	315,279

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS SETENTA 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): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	COLCHONETAS P/CAMILLAS DE 190 x 60 x 15CM. COLOR AZUL (DENSIDAD 21), MATERIAL LAVABLE.	53,900.0	539,000

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


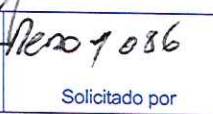
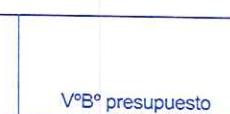

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 431104 MOBILIARIO SALUD
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 539,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 539,000
 IVA 102,410
 TOTAL FACTURA 641,410

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CUARENTA Y UN 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): INDUSTRIA METALURGICA PROCESA S.A. 855064006

Dirección: BARON DE JUDAS REALES 5366

Teléfono: 6231391

At.: Sr. ANA ISABEL CANIO
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	KARDEX METALICO CON 4 CAJONES, ALTO 1,32 MTS., FONDO 0,46 MTS., FRENTE 0,62 MTS.	161,250.0	322,500

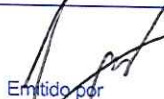
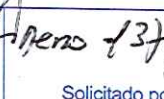

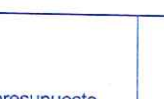
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 431101 MOBILIAR.OFICINA	VALOR NETO	322,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	322,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	61,275
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	383,775

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS 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.

Señor(es): **PRECISION S. A. 969809109**

Dirección: **AVDA. EL SALTO 4291**

Teléfono: **4226270**

At.: Sr. **BERNARDA SOTO**
 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	BALANZA ADULTO MODELO 700, 220 KG. x 50GR., MECANICA CON TALLIMETRO (PESA PERSONA)	215,000.0	215,000

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 : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	215,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	215,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	40,850
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	255,850

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS

Evidido 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.

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	BRAZALETE ADULTO P/MONITOR EDAN, MODELO M3	8,900.0	53,400

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 : 422102 MANT. Y REPAR. EQUIPOS
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 53,400
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 53,400
IVA 10,146
TOTAL FACTURA 63,546

SON : SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS

 <i>nero 085</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.

27-5

Señor(es) EDITORIAL UNIVERSITARIA S.A. 912150003

Dirección: AVDA BERNARDO O' HIGGINS 1050

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
60	TEXT0 AUTOPREPARACION PSU	10,084.00	605,040


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

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

CUENTA : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	605,040
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 15.0	90,756
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	514,284
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	97,714
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	611,998
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : SEISCIENTOS ONCE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	Nero #125 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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) ADRIAN A. MUNOZ CORREA 08130467K

Dirección LLUTA N° 6770

Teléfono:

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA 40 PERSONAS PINA	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	28,571
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,571
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,429
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y CUATRO MIL PESOS

 Emitido por	<i>Numero 1245</i> <i>Usp. plm. i. s.</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

26-5

070929

FECHA: 26-05-2014

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
14	NESSUCAR, CAJA x 12 LATAS DE 550 GRS.	32,000.0	448,000

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 : 424104	PROG. ALIMENTACION	VALOR NETO	448,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	448,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140		IVA	85,120
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	533,120

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL CIENTO VEINTE 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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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	PERFORADORA HD2150 2PER+2DISC 150 HJS SWINGLIN E	45,990.00	45,990

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	45,990
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	45,990
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	8,738
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,728

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO 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 SUNRISE LTDA. 761393782

Dirección: DARDIGNAC 217

Teléfono: 27323026

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CHAQUETA SOFTSHELL MAS BORDADO	15,390.00	61,560

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 : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	61,560
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	61,560
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	11,696
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	73,256

SON : SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

			
Entido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 19-05-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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.


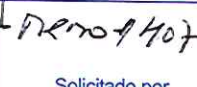

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HJ	1,613.00	8,065
10	CAJA TERMOLAMINAR 12 MICRONES OFICIO 100 UND	8,428.00	84,280

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	92,345
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	92,345
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	17,546
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	109,891

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

		
Emtido por	Solicitado por	VºBº 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: 19-05-2014

Señor(es): BUHOS SOC. COMERCIAL INDUSTRIAL LTDA. 854627007

Dirección: TRIANA 847 PROV.

Teléfono: 2358381

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	PROTAPER S1 25 MM DENSPLY MAILLEFER X 6 UNIDAD ES	39,280.00	117,840

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

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

CUENTA : 424216 ISLA DE PASCUA	VALOR NETO	117,840
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	117,840
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	22,390
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	140,230
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CUARENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA 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: 19-05-2014

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

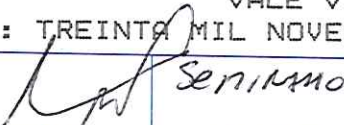
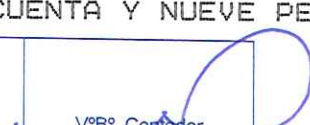
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
90	JUGO WATTS CAJITAS	133.61	12,025
3	CHOCOLATE TRENCITO	4,663.87	13,992

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	26,017
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	26,017
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	4,943
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,960

SON : TREINTA MIL NOVECIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA Env 23.05.14

070923

FECHA: 19-05-2014

Señor(es): GALILEO LIBROS LTDA. 795424601

Dirección: MANUEL BARROS BORGONO 9-A

Teléfono: 2357597

At.: Sr.: CAROLYN ERAZO
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	DOMINO CONSONANTICO COD TED0014	4,400.00	39,600
10	DOMINO ENSANBLABLE COD 661003	3,800.00	38,000
9	MINI BITS Y LOS SONIDOS COD TED006N	6,200.00	55,800
19	NAIPES CUENTA DEDOS COD TED0018	5,000.00	95,000
17	BALANZA NUMERICA EQUZLIZER COD GG1026	10,700.00	181,900
60	PENTOMINO COD LER0286	3,200.00	192,000
10	TARJETA DE PATRONES PENTOMINOS COD TED0098-11	6,200.00	62,000
9	MACRO PUZZLE NUMERICO COD AK30627	13,400.00	120,600

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 : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	784,900
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	784,900
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	149,131
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	934,031

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL 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.

Señor(es): SOLUCIONES DIDACTICAS LTDA 761677713

Dirección: VISVIRI 1300

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
9	SECUENCIA TEMPORAL 1	5,900.00	53,100
10	SECUENCIA TEMPORAL 2	5,900.00	59,000
19	FICHAS BICOLOR	3,800.00	72,200

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

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

CUENTA : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	184,300
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	184,300
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	35,017
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	219,317

SON : DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS

<i>[Signature]</i> Emitido por	<i>[Signature]</i> 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): MUNDO DIDACTICO LTDA. 772483201

Dirección: SANTO DOMINGO 5128

Teléfono:

At.: Sr.: RURICO HOMBO
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
9	ANIMALES ACUTICOS PARA CLASIFICAR	10,782.00	97,038
10	MANZANAS PARA CLASIFICAR	14,151.00	141,510
10	LETRAS MINUSCULAS PARA ENLAZAR	15,144.00	151,440
9	LETRAS MAYUSCULAS PARA ENLAZAR	15,444.00	138,996

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 : 424221 GASTOS FONDO SEP	VALOR NETO	528,984
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	528,984
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	100,507
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	629,491

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

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

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

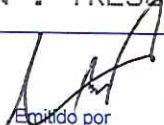
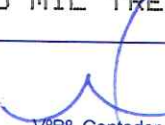
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MESA DE REUNION REDONDA	125,000.00	125,000
6	SILLA CONFORT 850 CON BRAZOS FIJOS	28,800.00	172,800

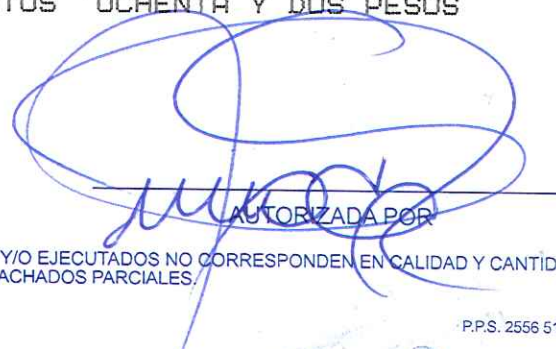
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 431101 MOBILIAR.OFICINA	VALOR NETO	297,800
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	297,800
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	56,582
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	354,382

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS 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): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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	CARTRIDGE HP DESKJET F2180 COLOR	9,198.00	18,396
2	CARTRIDGE HP DESKJET F2180 NEGRO	7,072.00	14,144
2	TONER HP LASERJET P1102 W NEGRO	31,667.00	63,334

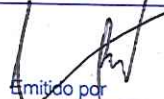
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	95,874
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 95,874
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 18,216
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 114,090

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CATORCE MIL NOVENTA PESOS

	<i>Renzo A 434</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): LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CIANOCOBALAMINAS 0,1 MG./1ML. CJ/100 AMP.	6,200.0	31,000
5	PIRIDOXINA 100MG./1ML. CJ/100 AMP.	6,200.0	31,000
5	TIAMINA 30MG./1ML. CJ/100 AMPOLLAS.	6,200.0	31,000

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	93,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	93,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	17,670
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	110,670

SON : CIENTO DIEZ MIL SEISCIENTOS SETENTA 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.