

FECHA: 01-07-2014

Señor(es): ANDOVER ALIANZA MEDICA S.A. 966255501

Dirección: AVD CRISTOBAL COLON 8570

Teléfono: 4780088

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CABLE CONEX. P/TENSMED 1 UNIDAD BLANCO	15,500.0	155,000
10	CABLE CONEX. ELECTROD. P/TENSMED	14,500.0	145,000


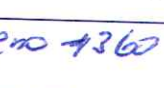


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

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

VALOR NETO 300,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 300,000  
 IVA 57,000  
 TOTAL FACTURA 357,000

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : TRESCIENTOS CINCUENTA 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.

*scanner a NF  
la enviarán desde  
ahí (RRH)*

FECHA: 01-07-2014

*30-6  
RRH*

Señor(es): COMERCIAL PAZOS HNOS. S.A. 876820005

Dirección: AV. JOSE DOMINGO CANAS 1025

Teléfono: 2044994

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	ESTUCHE 37 X 27 CM BANDEJA 33 X 23 CM	8,474.00	25,422
3	BANDEJA PLAQUE OVAL 33 X 23 CM C/GRABADO	33,995.00	101,985

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	127,407
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	127,407
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	24,207
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	151,614

SON : CIENTO CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS

 Emitido por	<i>RRH</i> 366 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-------------------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es) FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AGAR SABOURAUD DEXTROSA x 500 GR.		
1	ANTI-COLI 0157 (K) ENTEROPATOGENO, ENTEROHEMMO RRAGICO (1 ML.)	28,500.0 25,500.0	28,500 25,500
6	ASA CALIBRADA, METALICA, 1 UL. SIN MANGO	1,400.0	8,400
3	TORULA ASTA MADERA-PUNTA ALGODON ESTERIL x 100 UN.	4,900.0	14,700
1	CONTENEDOR DEPOSICION (PS) 15 ML. T/PRE, C/CUC H. x 1000 UN.	59,000.0	59,000
2	REACTIVO DE BURROWS (FIJADOR PAF) x 1 L.	12,900.0	25,800
10	CAPILARES HEMATOCRITO SIN HEPARINA 75 MM. x 10 0 UN.	1,400.0	14,000
30	CUBREOBJETOS 22 x 22 MM. x 100 UN.	1,700.0	51,000
2	PAPEL TERMICO HUMALYZER2000, HUMACOUNT60TS, CO MBILYZER x 2 UN.	3,900.0	7,800
15	TUBO VHS-ESR MONOSED A 1,28 ML. (NA-CIT) x 100 UN.	21,500.0	322,500


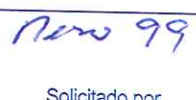
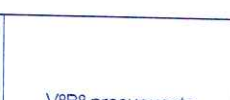

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	557,200
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	557,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	105,868
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	663,068

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SESENTA Y OCHO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

071481

FECHA: 01-07-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	AGUJA MULTIPLE 21G x 1" (COLOR VERDE) CJ/100	45.0	90,000
100	ADAPTADOR LUER P/USO C/MARIPOSA O AGUJA HIPODERMICA (COLOR AZUL)	90.0	9,000
500	TUBO PET, TAPA PULL CAP ROJA 9 MM. C/ACTIVADOR DE LA COAGULACION TAMANO: 10 x 100mm. RACK x 50 UN	65.0	32,500
15	MASCARILLA CON ELASTICO CAJA x 50 UN.	1,200.0	18,000
2,000	TUBO PET, T/PULL CAP LILA 3 ML. EDTAK3 (TAMANO 15 x 75mm.) RACK x 50	55.0	110,000
300	TUBO PET, T/PULL CAP ROJA ANILLO AMARILLO 4 ML. C/ACTIVADOR DE LA COAGULACION, RACK x 50	75.0	22,500
1,000	TUBO PET T/PULL CAP GRIS 4 ML. FLUORURO DE SODIO/EDTA-K3 (TAMANO 13 x 75mm-) RACK x 50	60.0	60,000
1,000	TUBO PET T/PULL CAP VERDE 4 ML. HEPARINA DE LI TIO Y GEL SEPARADOR (TAMANO 13 x 75mm.) RACK x 50	77.0	231,000





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

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : LABORATORIO BASICO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 573,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 573,000  
 IVA 108,870  
 TOTAL FACTURA 681,870

MONTO : SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

  
 AUTORIZADA POR



071480

FECHA: 01-07-2014

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

Teléfono: 2059738

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PARAFILM M (4" x 125 FT.) 10 CM. x 38 MT.	22,600.0	22,600
4	CONTENEDOR ORINA T/ROSCA ESTERIL 100 ML., CAJA x 500 UDS. (N/CAT5641) OFERTA HASTA 31-07-2014.	32,500.0	130,000
1	COLECTOR DE ORINA PEDIATRICO 100 ML. x 100 UN.	15,000.0	15,000


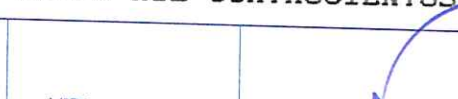


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 167,600  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 167,600  
IVA 31,844  
TOTAL FACTURA 199,444

SON : CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): PV EQUIP S.A. 798956701

Dirección: LOS CAPITANES 1388

Teléfono: 2744786

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AMPICILINA (AMP) 10ug, 250 DISCOS	8,547.0	8,547
1	CIPROFLOXACINO (CIP) 5ug, 250 DISCOS	8,547.0	8,547
1	SULFA/TRIMETOPRIM (SXT) 25ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CEFUROXIMA CLSI (CXM) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	GENTAMICINA (CN) 10ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	AMOX/AC. CLAVULANICO (AMC) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	NITROFURANTOINA (F) 300ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
100	TORULA C/MEDIO CARY BLAIR, 50 UN.	250.0	25,000
50	TORULA AMIES C/CARBON, 50 UN.	300.0	15,000
1	CULTI LOOP KLEBSIELLA PNEUMONIAE SUBSP. PNEUMONIAE ATCC 700603 TM* (x 5 LOOPS)	109,000.0	109,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	208,819
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	208,819
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	39,676
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	248,495

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y 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.



FECHA: 01-07-2014

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

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

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
10	GLUCOSA BEBIBLE P/TTGO. FCO./296 ML. NARANJA, CAJA x 24 FRASCOS	15,840.0	158,400
5	TIRAS REACTIVAS GLICEMIA P/TD. FCO. x 50 UN.	9,000.0	45,000

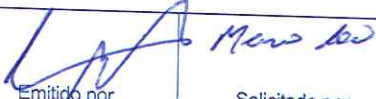
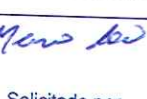
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	203,400
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	203,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	38,646
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	242,046

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS 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.

FECHA: 01-07-2014

Señor(es) LABORATORIO LINSAN S.A. 805283009

Dirección: PEDRO DE VALDIVIA 3078

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


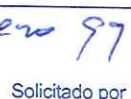

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MEDIO TSI BOLSA x 30 TUBOS 12 x 100	9,900.0	9,900
1	MEDIO LIA BOLSA x 30 TUBOS 12 x 100	9,900.0	9,900
2	MEDIO MIO BOLSA x 30 TUBOS 12 x 100	9,900.0	19,800
1	MEDIO CITRATO SIMMONS BOLSA 30 TUBOS 12 x 100	9,900.0	9,900
1	MEDIO UREA CHRISTENSEN BOLSA 30 TUBOS 12 x 100	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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	59,400
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	59,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,286
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	70,686

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : SETENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



071476

FECHA: 01-07-2014

Señor(es): SOVIQUIM LTDA. 781169706

Dirección: FEDERICO GALLARDO 2529

Teléfono: 7738639

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.


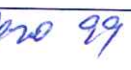
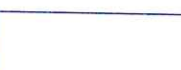
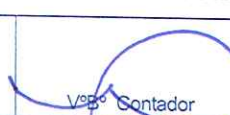
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PLACA PETRI PLAST. 90 MM. ESTERIL 500 UN.	32,616.0	32,616
1,000	TUBO DE ENSAYO KHAN PLASTICO POLIESTILENO	14.0	14,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	46,616
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	46,616
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,857
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,473

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA 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: 01-07-2014

Señor(es): **TECNIGEN S.A. 93020000K**

Dirección: **AVDA ZANARTU 1060**

**3960600**

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	STA NEOPLASTINE CI PLUS 5, 6 x 5 ML.	45,198.0	90,396
1	STA CEPHASCREEEN 4, 12 x 4 ML.	188,338.0	188,338
1	STA COAG CONTROL N+P, 12 x 2 x 1 ML.	156,420.0	156,420
1	STA SATELLITE CUBETAS, 6 x 220	301,181.0	301,181
2	STA CLEANER SOLUTION (1 x 2,5 L.)	24,333.0	48,666
1	MAY GRUENWALD EN SOLN. P/MICROSC. MERCK 1 L.	17,286.0	17,286


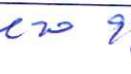
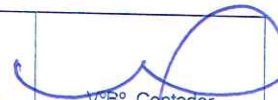
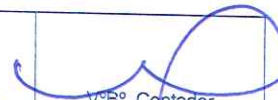
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	802,287
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	802,287
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	152,435
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	954,722

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIDOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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



071474

FECHA: 01-07-2014

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

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	MARIPOSA O SCALP VEIN 23G x 3/4 CAJA x 100 UN.	4,500.0	9,000
30	PARCHE CURITAS CAJA x 100 UN.	700.0	21,000
2	JERINGA DESECHABLE 10ML. C/AGUJA 21G CJ/100 UN	4,900.0	9,800
1	ALCOHOL 70 GRADOS FRASCO x 1 LITRO CJ/12 UN.	17,760.0	17,760
10	GUANTE DE PROCEDIM. VINILO TALLA "M" CJ/100 UN	1,500.0	15,000


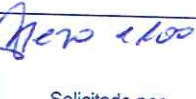


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	72,560
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	72,560
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,786
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	86,346

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA 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 CORRESPONDE EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SUERO ANTI A, FRASCO x 10 ML.		
1	SUERO ANTI B, FRASCO x 10 ML.	4,200.0	4,200
1	SUERO ANTI AB, FRASCO x 10 ML.	4,200.0	4,200
1	SUERO ANTI D, FRASCO x 10 ML.	4,200.0	4,200
		6,000.0	6,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 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  
 MONEDA : VEINTIDOS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS

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

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



Señor(es): TECNOLOGIA Y COMPUTACION EMMETT LTDA 779481301

Dirección: EDUARDO RUIZ VALLEDOR 4094

Teléfono:

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VIOLIN 4/4 CRMONA SV 100	46,218.00	92,436

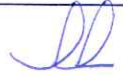

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	92,436
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	92,436
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	17,563
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	109,999

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): TECNOLOGIA Y COMPUTACION EMMETT LTDA 779481301

Dirección: EDUARDO RUIZ VALLEDOR 4094

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ATRILES DE MICROFONO	18,487.00	110,922
38	AUDIFONOS H340 LOGITECH	8,395.00	319,010
1	BAJO ELECTRICO	126,042.00	126,042
1	BOMBO LEGUERO FOLKLORICO	50,420.00	50,420
6	CABLES DE MICROFONO	5,235.00	31,410
2	CAJONES PERUANOS	111,756.00	223,512
3	CEJILLOS PARA GUITARRA ACUSTICA	5,042.00	15,126
3	CEJILLOS PARA GUITARRA ELECTRICA	5,882.00	17,646
20	FLAUTAS DULCES MARCA HOHNER	5,185.00	103,700
2	GUITARRAS ELECTROACUSTICAS	50,412.00	100,824
6	JUEGO DE CUERDAS PARA BAJO (4 CUERDAS)	7,555.00	45,330
6	JUEGOS DE CUERDAS PARA GUITARRA ELECTRICA 09	5,034.00	30,204
10	MELODICAS	21,588.00	215,880
3	MICROFONOS INHALAMBRICOS MARCA SHURE	195,882.00	587,646
3	MICROFONOS MARCA SHURE	34,979.00	104,937
2	PARES DE MACETAS (BOMBO)	10,084.00	20,168
1	PEDAL DE BOMBO (BATERIA)	30,244.00	30,244
4	TECLADO DE 5 OCTAVAS CON TOUCH	117,639.00	470,556

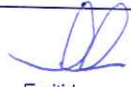

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	2,603,577
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,603,577
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	494,680
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,098,257

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 01-07-2014

Señor(es): TECNOLOGIA Y COMPUTACION EMMETT LTDA 779481301

Dirección: EDUARDO RUIZ VALLEDOR 4094

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	MULTI CENCERRO CON ATRIL	50,420.00	50,420
1	PITO DE MADERA	2,756.00	2,756
2	REPIQUE 12 X 8	36,126.00	72,252
1	SURDO 16 X 20	44,529.00	44,529
1	SURDO 18 X 24	49,571.00	49,571
1	SURDO 20 X 24	58,824.00	58,824
2	TAMBORIL 6	10,076.00	20,152
1	TIMBA	33,605.00	33,605
2	YAMAHA HS80 MONITOR DE ESTUDIO	210,076.00	420,152

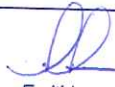
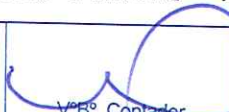
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	752,261
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	752,261
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	142,930
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	895,191

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS

 Emitido por	<b>FONDO B</b> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-07-2014

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

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF. 603

Teléfono: 6342093

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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


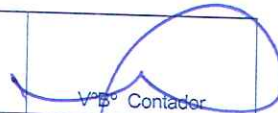
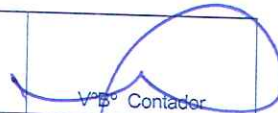
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

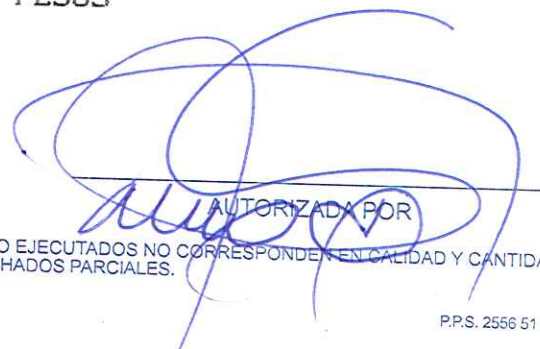
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	(35094) COLUMBIA SHEEP BLOOD 10 PLT	5,991.0	59,910
1	(72013) ARTHRI-SLIDEX 100 DET.	62,010.0	62,010

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	121,920
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	121,920
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,165
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	145,085
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y CINCO PESOS		

 Emitido por	<i>Novo 99</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 01-07-2014

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

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


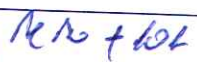
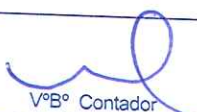
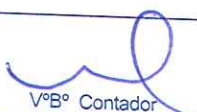
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	NAOH DETERGENTE 2 x 1,8 L.		
5	ACIDO URICO GEN. 2 COBAS INTEGRA	117,710.0	117,710
1	ALBUMINA GCG GEN. 2 COBAS C 300 TESTS	33,560.0	167,800
5	BIL-D GEN. 2, 350 TESTS COBAS C, INTEGRA	23,536.0	23,536
5	BIL-T DPD GEN. 2, 250 TESTS, COBAS C	32,104.0	160,520
1	CALCIO COBAS INTEGRA 300 TESTS	35,000.0	175,000
10	COBAS C INTEGRA HDL-C GEN. 3 200 TESTS	27,480.0	27,480
7	COLESTEROL TOTAL COBAS C	111,368.0	1,113,680
4	CREATININA JAFFE GEN. 2 COBAS C 700 TEST	22,104.0	154,728
5	FOSFATASA ALCALINA IFCC GEN. 2 COBAS INTEGRA	24,032.0	96,128
1	FOSFORO GEN. 2 COBAS INTEGRA 250 TESTS	31,592.0	157,960
4	GGT2 GEN. 2 COBAS INTEGRA 400 TESTS	19,584.0	19,584
3	GLUCOSA HK COBAS C 800 TESTS	36,600.0	146,400
7	AST/GOT COBAS INTEGRA 500 TESTS	71,416.0	214,248
6	ALTL COBAS INTEGRA 500 TESTS	47,368.0	331,576
1	PROTEINAS TOTALES GEN. 2 COBAS INTEGRA	47,368.0	284,208
8	TRIGLICERIDOS COBAS INTEGRA 250 TESTS	17,568.0	17,568
4	COBAS C INTEGRA UREAL 500 TESTS	69,528.0	556,224
9	ALB-T TQ GEN. 2, 100 TESTS, COBAS C, INTEGRA	46,160.0	184,640
1	PROTEINA C REACTIVA CRP GEN. 3, 250 TETS, COBAS C	96,280.0	866,520
4	NAOH-D CLEAN COBAS INTEGRA	131,333.0	131,333
8	TINA QUANT HbA1c GEN. 3, 150 TESTS, COBAS	8,622.0	34,488
1	HbA1c TQ HEMOLIZANTE RGT COBAS C	244,344.0	1,954,752
		49,728.0	49,728


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	6,985,811
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	6,985,811
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,327,304
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,313,115

SON : OCHO MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL CIENTO QUINCE 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.



Señor(es) ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	URISYS 2400 CASSETTE 400 STRIP	114,931.0	574,655
2	ISE STANDARD INTERNO GEN2 2 x 2 L.	81,756.0	163,512
2	ELECSYS HCG+B II	174,909.0	349,818
1	ELECSYS HCG+B CALSET II	87,156.0	87,156
8	ELECSYS TSH 200 TEST	263,963.0	2,111,704
2	ELECSYS FSH 100 TEST	176,190.0	352,380
5	ELECSYS PSA GEN. 2.1	274,533.0	1,372,665
1	ELECSYS PRECLEAN M	145,830.0	145,830
3	ELECSYS CLEAN-CELL M 2 x 2 L.	85,806.0	257,418
3	ELECSYS PRECELL M 2 x 2 L.	85,806.0	257,418
1	KOMBI RACK MOD/e601	257,740.0	257,740
1	ELECSYS T4 LIBRE 200 TEST	249,522.0	249,522
1	FT4 G2 CS 10 CALIBRADOR (6437290190)	66,987.0	66,987


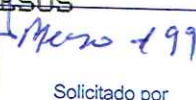
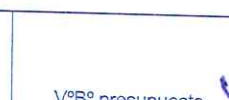

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

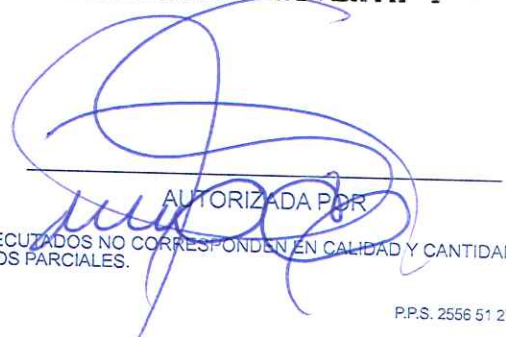
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	6,246,805
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	6,246,805
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,186,893
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,433,698

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SIETE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA 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): ADRIAN A. MUNOZ CORREA 08130467K

Dirección: LLUTA N° 6770

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.


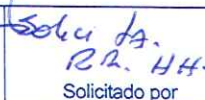

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA 40 PERSONAS SABOR PINA	36,974.79	36,975

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

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	36,975
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	36,975
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	7,025
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

 Entido 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): 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
4	CARGA DE GAS DE 15 KG CLASICO	16,966.39	67,866
1	CARGA DE GAS DE 11 KG CLASICO	12,806.72	12,807
2	CARGA DE GAS DE 5 KG CLASICO	7,663.87	15,328


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	96,000
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	96,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	18,240
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	114,240

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CATORCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR 

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



FECHA: 02-07-2014

Señor(es): OPTICA PINCUS LIMITADA 812043005

Dirección: MONEDA 1037

Teléfono: 6985207

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°


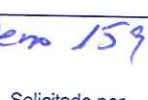


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

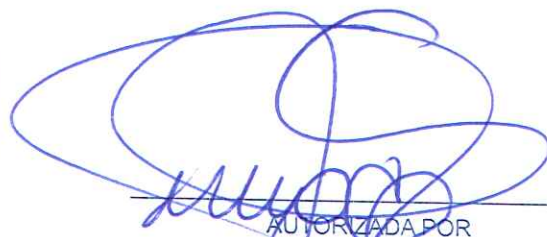
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CRISTAL MINERAL FOTOCROMATICO, TEORICO (02/02)	5,700.0	5,700
1	CRISTAL MINERAL FOTOCROMATICO, ESFERICO (02/00)	5,100.0	5,100
1	ARMAZON CELULOIDE CONVENIO SRA. : EMELINA ARMIJO	3,500.0	3,500

**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 : 424197 PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD	VALOR NETO	14,300
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	14,300
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,717
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,017
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DIECISIETE MIL DIECISIETE PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): INGESMART S. A. 968583700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	HP PAVILION 23-h0011a TOUCHSMART ALL-IN-ONE DE SKTOP	482,559.00	482,559

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	482,559
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	482,559
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	91,686
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	574,245

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

	Jose Miguel Urrutia 3/7		
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

37

071503

FECHA: 02-07-2014

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
5	MICROSOFT WIRELESS MOBILE MOUSE 1000	9,500.00	47,500
2	TECLADO MICROSOFT WIRED 200	6,800.00	13,600

**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 : 421110 GASTOS EN COMPUTACION	VALOR NETO	61,100
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	61,100
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	11,609
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	72,709

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NUEVE PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): LIBROS TECNICOS P Y P LTDA. 760494593

Dirección: LOS QUILLAYES 7744

Teléfono:

At.: Sr. GUILLERMO MANCILLA  
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	BALANZAS	20,987.00	209,870
1	BOMBAS DE VACIO	22,000.00	22,000
10	CUERPOS SOLIDOS	22,000.00	220,000


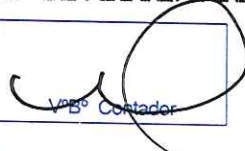
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

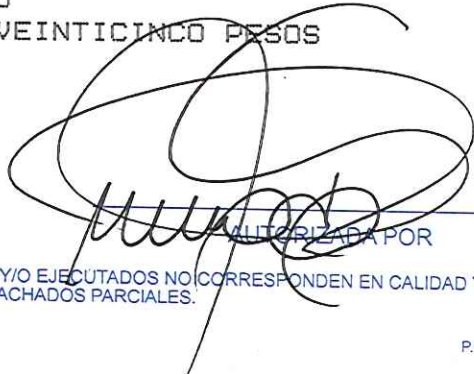
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	451,870
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	451,870
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	85,855
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	537,725

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	Fondo B 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): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PERSIANAS PLASTICAS 1.40 X 1.60 COLOR CREMA O SIMILAR	36,000.00	108,000


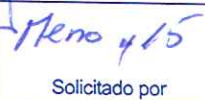
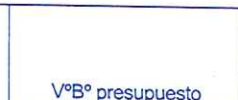

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

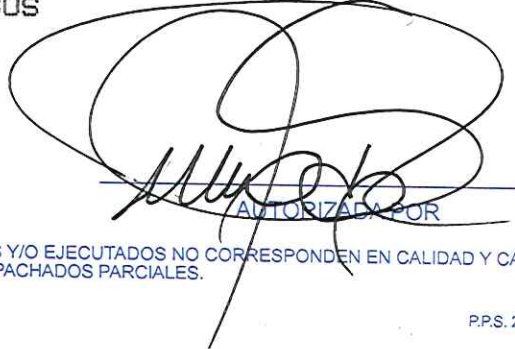
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 431101 MOBILIAR.OFICINA	VALOR NETO	108,000
DESTINO : CENTRO DE REINSERCIÓN ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	108,000
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	20,520
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	128,520

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS 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.

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

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

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

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


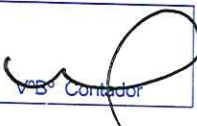
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ALARGADORES		
1	CADENA CON 2 CANDADOS	7,800.00	15,600
10	CAJAS DE GUANTES QUIRURJICOS	15,000.00	15,000
10	CAJAS PLASTICAS PARA ALMACENAR 32 LTS	6,500.00	65,000
35	HUICHA DE MEDIR	11,000.00	110,000
1	IMAGEN DE JESUS PLASTIFICADO	4,800.00	168,000
1	MANTEL BLANCO	4,500.00	4,500
1	POSTER PADER PIO	12,000.00	12,000
1	POSTER PAPA FRANCISCO	3,000.00	3,000
1	POSTER PAPA JUAN PABLO II	3,000.00	3,000
1	POSTER SAN FRANCISCO DE ASIS	3,000.00	3,000
1	POSTER SANTA TERESA DE LOS ANDES	3,000.00	3,000

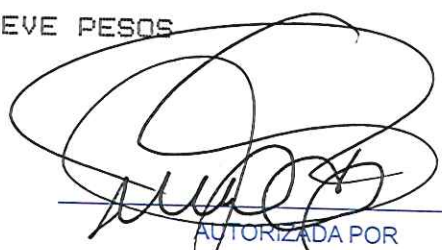
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	405,100
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	405,100
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	76,969
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	482,069

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SESENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Fondo B 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 RECALCINE S.A. 916370008

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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



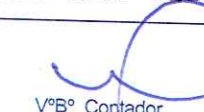
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
302	ESTRADIOL 2 MG x 30 COMPRIMIDOS	4,800.0	1,449,600

**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	1,449,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,449,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	275,424
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,725,024

SON : UN MILLON SETECIENTOS VEINTICINCO MIL VEINTICUATRO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

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

Señor(es): SOLUCIONES DIDACTICAS LTDA 761677713

Dirección: VISVIRI 1300

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

Teléfono:

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

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


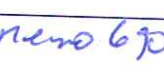


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ANIMALES PARA ENHEBRAR		
1	JUEGO BOWLING INFANTIL EXTRA BLANDO	5,882.3	5,882
1	ROMPECABEZAS DE 5 PIEZAS	9,243.7	9,244
1	CASA GENERO CON ANIMALES	2,100.8	2,101
1	TORRE ENCAJE PLASTICO MULTICOLOR	10,075.6	10,076
1	TORTUGA DIDACTICA DE ARRASTRE Y ENCAJE	3,361.3	3,361
1	CUENTAS GRANDES	3,781.5	3,782
1	LEGO MEDIANO 70 PIEZAS	6,302.5	6,303
1	MUNECAS DE TRAPO	3,352.9	3,353
1	TITERES FAMILIA (6 INTEGRANTES)	8,403.3	8,403
1	TITERES ANIMALES (6 UNIDADES)	12,605.0	12,605
1	BALON DE ESPONJA	12,605.0	12,605
1	PUZZLE ANIMALES Y SUS CRIAS	5,042.0	5,042
1	PUZZLE MEDIOS DE TRANSPORTES	2,268.9	2,269
1	TARJETAS PUZZLE ANTES Y DESPUES	2,268.9	2,269
1	MALETA MUSICAL 10 PIEZAS	3,193.2	3,193
1	LAMINAS DE OPUESTOS	14,663.8	14,664
1	LAMINAS DE ABSURDOS	10,504.2	10,504
1	NAIPES ASOCIACION DE SOMBRAS	9,243.7	9,244
2	MEDIOS DE TRANSPORTE CON RUEDAS	11,218.4	11,218
		13,865.5	27,731

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

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

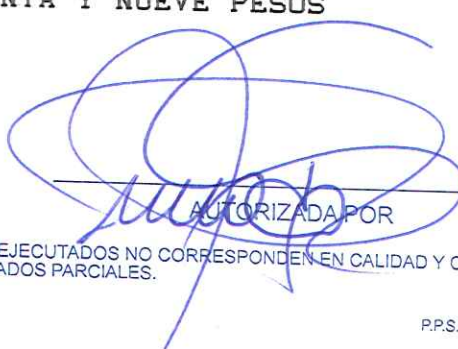
CUENTA : 421109 MAT.DIDACT.ENSEANZA	VALOR NETO	163,849
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	163,849
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	31,131
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	194,980

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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



071495

FECHA: 01-07-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

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


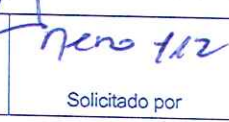
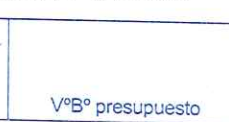
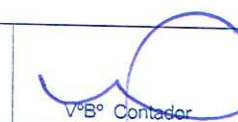
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	AGUJA MULTIPLE 21G x 1 1/2" (COLOR VERDE) CJ/100	45.0	90,000

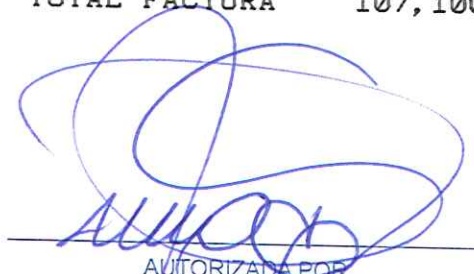
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

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

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-07-2014

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

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

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

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

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


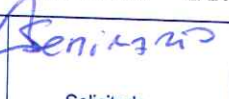
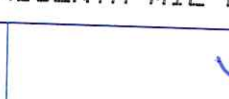

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BUS 33 PAX SANTIAGO-MARBELLA IDA Y VUELTA PARA EL VIERNES 4/07/14 A LAS 07:30 HS Y REGRESO DIA SABADO 5/07/14 A LAS 13:30 HS	225,000.00	450,000

**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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

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

 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.



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

Dirección: FEDERICO REICH 330

Teléfono: 7642094

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

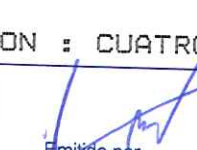
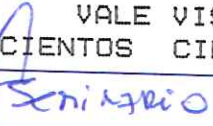


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BUS 33 PAX SANTIAGO-MARBELLA IDA Y VUELTA PARA EL VIERNES 4/07/14 A LAS 07:30 HS Y REGRESO DIA SABADO 5/07/14 A LAS 10:30 HS	225,000.00	450,000

**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 : 424114 SEMIN. Y ENCUENTROS  
 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 : CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

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

 Emilio	 Santiago	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-07-2014

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.


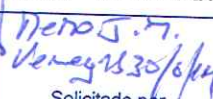


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	IHPNOE 4 8 GB BLANCO - CLARO	193,268.91	193,269

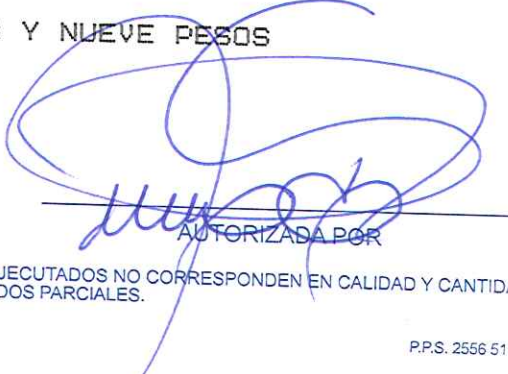
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	193,269
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	193,269
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	36,721
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	229,990

SON : DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA 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.



071491

FECHA: 01-07-2014

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**

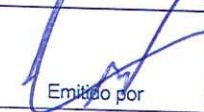
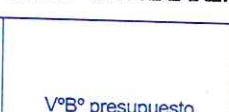

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARGA DE GAS DE 11 KILOS CLASICO	12,806.72	25,613
3	CARGA DE GAS DE 5 KG CLASICO	7,663.87	22,992

**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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	48,605
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	48,605
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	9,235
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	57,840

SON CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitido por	<i>Neno 672</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.

*Handwritten initials and marks*

Señor(es) EMPRESA EL MERCURIO S.A.P. 901930007

Dirección: AV. SANTA MARIA 5542

Teléfono: 3607917

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	AVISO MODULO 3X1 B/N GENERALES MIERCOLES 2 Y JUEVES 3 2014	47,000.0	94,000

**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 : 425107 SUSCRIPCIONES	VALOR NETO	94,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	94,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	17,860
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	111,860

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO ONCE MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS

<i>[Signature]</i> Emitido por	<i>Cecilia Araya</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	<i>[Signature]</i> V°B° Contador
-----------------------------------	--	------------------	-------------------------------------

*[Large handwritten signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



071489

FECHA: 01-07-2014

Señor(es) FARMACEUTICA BIOFORMULA LTDA. 760303984

Dirección: GENERAL FLORES 38

Teléfono: 2353349

At.: Sr. HECTOR ROJO

**\*\* 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
60	CARBON ACTIVADO POLVO CAJA x 30 GRS.	890.0	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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	53,400
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	53,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,146
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,546

SON : SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUARENTA 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: 01-07-2014

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

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: **8206290**

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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


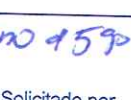


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GRS. POLVO TARRO	2,699.0	16,194
6	TE LIPTON YELLOW LEVEL 100 BLS. CAJA	1,980.0	11,880
10	AZUCAR 1 KL. IANSA EN BOLSA	485.0	4,850
2	ENDULZANTE NATURALIST SUCRALOSA LIQUIDO	2,099.0	4,198
1	REVOLVEDOR PLASTICO x 1000 UN. PALETA PAQ.	1,980.0	1,980
20	VASO DESECHABLE PLUMAVIT 180 ML. x 25 UN. PAQ.	350.0	7,000

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

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	46,102
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	46,102
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	8,759
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,861

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA 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.



Señor(es) CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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


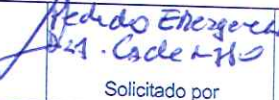
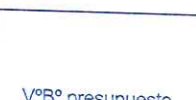

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	IBUPROFENO JBE. 200 MG. x 25 FRASCOS	17,000.0	170,000

**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 : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : DOSCIENTOS DOS MIL TRESCIENTOS PESOS

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

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	TARJETON CONTROLES ADULTO MAYOR	33.00	66,000
5,000	TARJETA AUGE	45.00	225,000
2,000	BLOCK 50/2 FONASA NIVEL 1	98.00	196,000
100	BLOCK SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACION	1,481.00	148,100
2,000	TARJETA DATO APERTURA NODRIZA	22.00	44,000
2,000	TARJETA DE CALENDARIO DE MEDICAMENTOS	20.00	40,000
200	BLOCK DE 100 HOJAS SOLICITUD EXAMENES	999.00	199,800
2,000	TARJETA CONTROL Y SEGUIMIENTO ADULTO	76.25	152,500

**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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	1,071,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,071,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	203,566
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,274,966

SON : UN MILLON DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS - PESOS

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

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	IBUPROFENO JBE. 200 MG. x 25 FRASCOS	17,000.0	68,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : OCHENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

VALOR NETO 68,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 68,000  
 IVA 12,920  
 TOTAL FACTURA 80,920

Emitido por	Pedido 024 Cesck rto x bjo STOCK 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

071578

8-7

02-07-2014

FECHA:

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

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
7	ENMARCACIONES CARCAZA 1513 MED 40 X 50 CMS COL OR CARAMELO	14,500.00	101,500

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 : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	101,500
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	101,500
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	19,285
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	120,785

SON : CIENTO VEINTE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

	Meno 150		
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.



071577

FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	RADIO CON PARLANTES INCORPORADOS MICRO PHILIPS MOD 1165	50,412.00	302,472
3	RADIO CD, MP3, USB Y RADIO MICRO PHILLIPS MOD 276	42,008.00	126,024

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

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

CUENTA : 424267 FAGEM B  
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : QUINIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS

VALOR NETO 428,496  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 428,496  
 IVA 81,414  
 TOTAL FACTURA 509,910

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CEREAL BARRA COSTA CHOCOLATE X 20 UDS	1,672.00	15,048
9	CEREAL BARRA COSTA FRUTOS ROJOS + YOGUR	1,672.00	15,048
15	JUGO NATURAL 1 LT ANDINA NARANJA FRESH	429.00	6,435
15	JUGO NATURAL 1 LT ANDINA PINA FRESH	429.00	6,435
15	JUGO NATURAL 1 LT ANDINA DURAZNO	429.00	6,435
36	JUGO NATURAL 200 CC YUZ NARANJA LIGHT	169.00	6,084
36	JUGO NATURAL 200 CC YUZ DURAZNO LIGHT	169.00	6,084
36	JUGO NATURAL 200 CC YUZ PINA LIGHT	169.00	6,084
9	CAFE NESCAFE TRADICION 400 GR GRANULADO	7,164.00	64,476
2	TE LIPTON YELLOW LABEL 100 BL	1,946.00	3,892
7	AZUCAR 1 KL IANSA EN BOLSA	668.00	4,676
4	ENDULZANTE DUL-SUC CON STEVIA LIQUIDO	2,890.00	11,560
3	ENDULZANTE NATURALIST SUCRALOSA 500 TAB	2,276.00	6,828
20	GALLETA MCKAY KUKY CLASICA 120 GR	455.00	9,100
20	GALLETA COSTA MANTEQUILLA 140 GRS	376.00	7,520
20	GALLETA MCKAY COCO 120 GR	494.00	9,880
20	GALLETA MCKAY NIZA CLASICA 150 GR	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 : 424222 CHILE CRECE CONTIGO	VALOR NETO	194,065
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	194,065
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	36,872
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	230,937

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	<i>Deno 692</i> 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): IMPORTADORA RSG LIMITADA 760618772

Dirección: AVDA CAUPOLICAN 9750 DEPTO 5

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	SILLA MECEDORA RS-80000 BEBEGLO BEIGE	13,020.00	13,020
1	DESPACHO	5,000.00	5,000



**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 : 424159 PROMOCION DE LA SALUD COMUNAL	VALOR NETO	18,020
DESTINO : DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	18,020
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	3,424
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,444

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS 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.

071573

FECHA: 02-07-2014

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

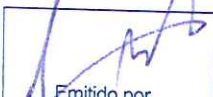
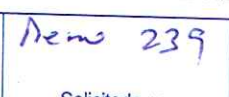
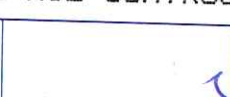
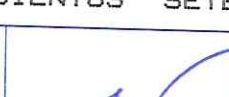
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CARGA DE GAS DE 15 KG CLASICO	16,966.39	67,866
2	CARGA DE GAS DE 11 KG CLASICO	12,806.72	25,613
2	CARGA DE GAS DE 5 KG CLASICO	7,663.87	15,328

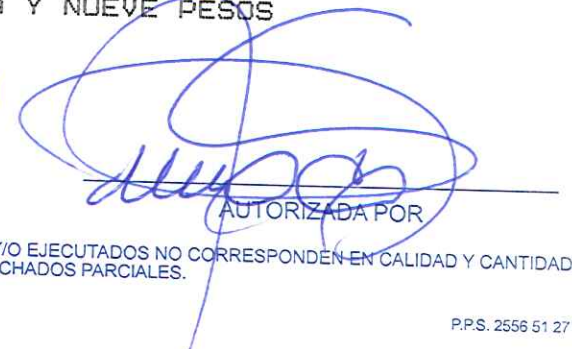
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	108,807
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	108,807
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	20,673
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	129,480
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA 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.



FECHA: 02-07-2014

Señor(es) PFIZER CHILE S.A. 969812509

Dirección: AVDA. LAS AMERICAS 173

Teléfono: 2412112

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

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

y/o ejecutar, 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 FONO: 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

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	<i>new 105</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: 02-07-2014

Señor(es) **NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702**

Dirección: **VICTOR URIBE 2280**

Teléfono: **6243157**

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha **01-07-2014** sírvase despachar


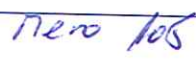

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
19	BERODUAL P/NEBULIZACION	6,510.0	123,690

**LA 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	123,690
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	123,690
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,501
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	147,191
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO NOVENTA 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: 02-07-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S. A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
143	OMEPRAZOL 20MG. 30CA.	420.0	60,060


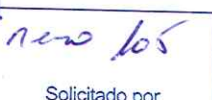


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA** A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	60,060
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	60,060
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,411
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	71,471

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA 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) LABORATORIOS SILESIA S. A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 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.

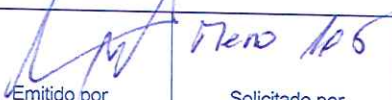
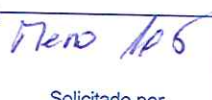
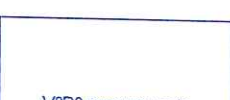
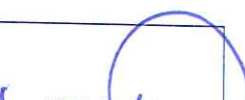
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
56	RISPERIDONA ( SPIRON ) 1MG. CAJAX60 COMP.	5,100.0	285,600
33	LAMOTRIGINA 50MG. X500 COMP. (TRADOX)	12,000.0	396,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : CENTRO COSAM  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : OCHOCIENTOS ONCE MIL CIENTO CUATRO PESOS

VALOR NETO 681,600  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 681,600  
 IVA 129,504  
 TOTAL FACTURA 811,104

 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) INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
118	PAROXETINA 20 MG.	1,500.0	177,000
34	OLANZAPINA 10 MG X 30	3,900.0	132,600
12	TIORIDAZINA 25 MG. CJX30	600.0	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

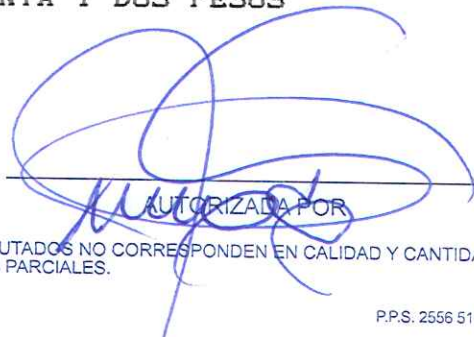
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	316,800
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	316,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	60,192
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	376,992

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	<i>new los</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: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
80	TRITICO 100 MG	8,000.0	640,000
600	QUETIAPINA 100 MG x 30	4,200.0	2,520,000
2	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.0	6,200

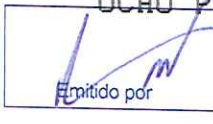
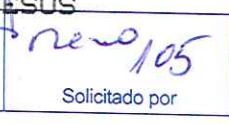
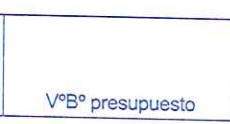

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	3,166,200
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,166,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	601,578
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,767,778

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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



Señor(es): NOVOFARMA SERVICE S. A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SPIRIVA X 30 CAP	28,200.0	141,000
548	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.0	1,452,200

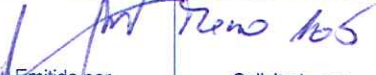
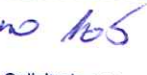


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,593,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,593,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	302,708
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,895,908

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es)CHEMOPHARMA S. A. 960260007

Dirección:FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

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

y/o ejecutar, 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	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	12,500.0	25,000



**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	25,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	25,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	4,750
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,750

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	<i>new 105</i> 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) 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 02-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


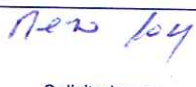


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.0	26,400
126	ENALAPRILA 10 MG por 1000	2,200.0	277,200
78	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.0	374,400
14	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	6,900.0	96,600


**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 : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	774,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	774,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	147,174
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	921,774

SON : NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SETECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
127	METFORMINA 850 MG por 1000	8,900.0	1,130,300


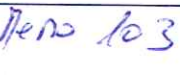


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	1,130,300
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,130,300
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	214,757
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,345,057

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 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
4	AMOXICILINA JARABE 500 MG por 25	14,375.0	57,500
1	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	11,000.0	11,000
4	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	11,900.0	47,600
1	CEFADROXILO 500 MG por 100	6,800.0	6,800

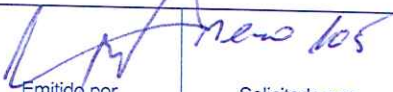
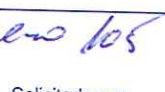
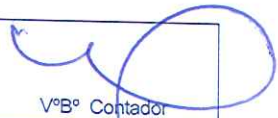
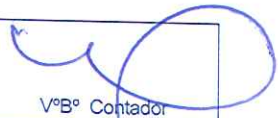
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	122,900
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	122,900
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	23,351
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	146,251

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS 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.

071557

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

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

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


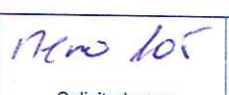


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,700.0	13,500
18	OFTABIOTICO COLIRIO	2,700.0	48,600

**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	62,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	62,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	11,799
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	73,899

SON : SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



Señor(es)SOCOFAR 915750001

Dirección:AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
126	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	9,047.0	1,139,922
103	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	4,118.0	424,154
5	ISOSORBIDE 10 MG por 1000	6,088.0	30,440

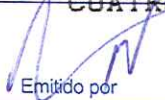
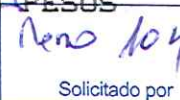


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 424269 ENFERM.CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	1,594,516
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,594,516
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	302,958
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,897,474

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

071555

87

FECHA: 02-07-2014

Señor(es)SOCOFAR 915750001

Dirección:AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
807	SERTRALINA 50 MG POR 30	385.0	310,695

**LA 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	310,695
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	310,695
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	59,032
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	369,727

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTISIETE 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) SOCO FAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	8,981.0	26,943
2	METILFENIDATO 10MG 30 COMP	15,845.0	31,690
360	JABON GERM TRICLOSAM 1%	486.0	174,960
200	CLOTRIMAZOL 500 MG por 1 OVULO	744.0	148,800

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	382,393
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	382,393
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	72,655
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	455,048

SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUARENTA Y OCHO PESOS

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

*[Firma]*  
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) INSTITUTO SANITAS S. A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N°07 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

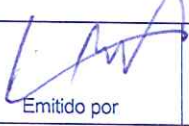

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
42	PAROXETINA 20 MG.	1,500.0	63,000
10	GLUCOVANCE 500MG / SMG POR 500	15,000.0	150,000

**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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	213,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	213,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	40,470
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	253,470

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS

	Renzo 103	
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.



071552

FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
213	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.0	319,500
16	MACROSAN 100 MG POR 50	4,300.0	68,800
788	FLUOXETINA 20 MG POR 20 COMPRIMIDOS	1,000.0	788,000

**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	1,176,300
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,176,300
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	223,497
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,399,797

SON : UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE - PESOS

Entido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>[Signature]</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador <i>[Signature]</i>
-------------------------------	-----------------------------------	------------------	----------------------------------

*[Signature]*  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es) **MERCK QUIMICA CHILENA SOC. LT** 06212008

Dirección: **FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981**

Teléfono: **3400739**

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°641996

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha **03-07-2014** sírvase despachar  
materiales y/o servicios que se indican a continuación.

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
388	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	1,300.0	504,400

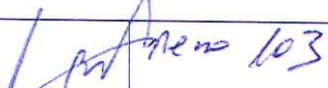



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	504,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	504,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	95,836
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	600,236

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

Señor(es) LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 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.


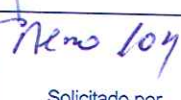
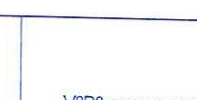

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
88	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472.0	41,536

**LA 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 : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	41,536
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,536
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,892
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,428

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS 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  
 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.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha **02-07-2014** sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
169	PARACETAMOL 500 MG por 1000	4,410.0	745,290
308	BENGUE POMADA POTE 30grs	545.0	167,860

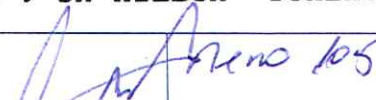
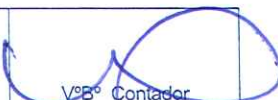
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	913,150
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	913,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	173,499
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,086,649

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

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

PROVEEDOR



OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

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



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

FECHA: **02-07-2014**

Dirección: **AV. MARATON 1315**

At.: Sr.:

Teléfono: **3655245**

De acuerdo a su cotización N°1

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

y/o ejecutar, 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	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	5,500.0	88,000

**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	: 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	88,000
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	88,000
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	16,720
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,720
CONDICION	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: CIENTO CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS		

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): 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 04-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CLARITROMICINA 500 MG por 14 COMP.	15,000.0	180,000


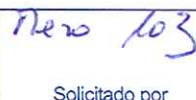
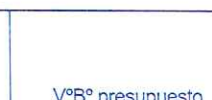
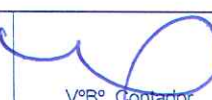
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	180,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	180,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	214,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

Señor(es) LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 04-07-2014 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.


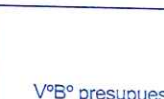
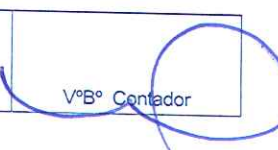
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PREDNISONA 5 MG por 1000	9,500.0	9,500
1	NISTATINA 100.000 UI por 100 OV	7,500.0	7,500
3	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	13,000.0	39,000
2	MODAFINILO 100 MG.	7,500.0	15,000
6	IBUPROFENO 400 MG por 1000	12,500.0	75,000
3	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.0	16,500
1	ANTIESPASMODICO AD. CJX1000 por 1000	16,000.0	16,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	178,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	178,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	33,915
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	212,415

SON : DOSCIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS

 Emitido por	<i>Nevo los</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------------	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es) LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

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

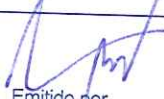
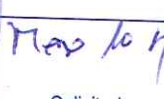


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
72	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,550.0	255,600

**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 : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	255,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	255,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	48,564
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	304,164

SON : TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO 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) LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

y/o ejecutar, 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	AC. FOLICO 1 MG POR 1000 COMP.	10,000.0	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

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

VALOR NETO 40,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 40,000  
 IVA 7,600  
 TOTAL FACTURA 47,600

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es) FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°2952

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

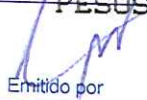
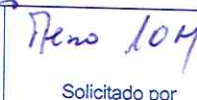
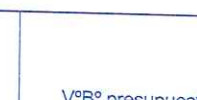

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
13	PROPANOLOL 10 MG por 1000	3,254.0	42,302
1	TOLBUTAMIDA 500 MG por 1000	21,961.0	21,961
4	NIFEDIPINO 20 MG. por 1000	8,970.0	35,880
2	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000	8,649.0	17,298
2,175	ATORVASTATINA 10 MG por 30	312.0	678,600
3	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	16,352.0	49,056
39	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,200.0	202,800

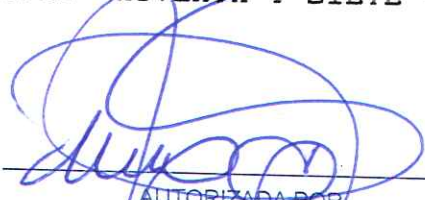
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	1,047,897
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,047,897
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	199,100
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,246,997

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE - PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



071540

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°2952

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
63	TETRACICLINA 250 MG por 16 COMP.	481.0	30,303
6	VITAMINA B1+B6+B12 POR 100 AMP.	58,500.0	351,000
100	IMIPRAMINA 25 MG por 40 COMP.	546.0	54,600
125	BROMHEXINA JBE 4 MG/5ML por 1 FCO.	494.0	61,750
180	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 20	1,015.0	182,700
2	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	5,792.0	11,584
5	LORATADINA 10 MG POR 1000	6,690.0	33,450
1	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO INF. CJX50	3,735.0	3,735
6	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	5,000.0	30,000
40	AC. FOLICO 5 MG por 30	650.0	26,000


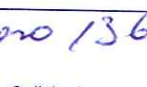


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	785,122
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	785,122
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	149,173
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	934,295

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS NOVENTA 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.

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-07-2014 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
84	ATORVASTATINA 20 MG. x 1000 COMP.	10,500.0	882,000
2	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	10,000.0	20,000


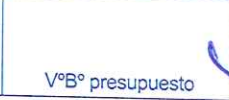
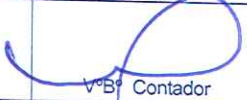
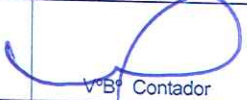
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	902,000
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	902,000
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	171,380
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,073,380

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-07-2014 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
11	AMOXICILINA 500 MG por 500	9,500.0	104,500
16	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	4,800.0	76,800

**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	181,300
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	181,300
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,447
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	215,747

SON : DOSCIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS

Emitido por <i>[Firma]</i>	Solicitado por <i>[Firma]</i>	V°B° presupuesto <i>[Firma]</i>	V°B° Cotizador <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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CLORPROMAZINA 100 MG x 1000	18,000.0	18,000
12	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	10,000.0	120,000
4	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,300.0	9,200
22	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	8,250.0	181,500
10	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	190.0	1,900

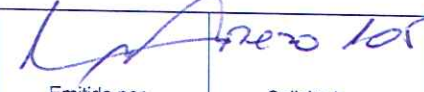

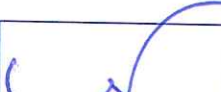
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	330,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	330,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	62,814
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	393,414

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CATORCE 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: 02-07-2014

Señor(es) SALCOBRAND S.A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF. 74

Teléfono: 4227296

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-07-2014 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
255	PASTA LASAR 30 Grs.	490.0	124,950
80	CREMA LUBRICANTE	450.0	36,000
80	CREMA HIDRATANTE	490.0	39,200


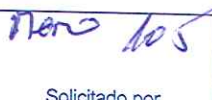
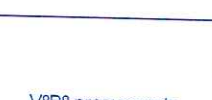

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	200,150
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	200,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	38,029
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	238,179

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE 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.

FECHA: 02-07-2014

Señor(es)NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección:VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-07-2014 sírvase despachar

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

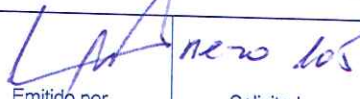
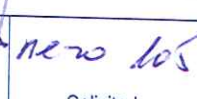

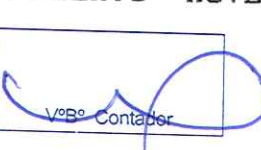
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
542	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.0	1,436,300


**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 : 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  
 MONTO : UN MILLON SETECIENTOS NUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS

VALOR NETO 1,436,300  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,436,300  
 IVA 272,897  
 TOTAL FACTURA 1,709,197

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

Señor(es)CHEMOPHARMA S. A. 960260007

Dirección:FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

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


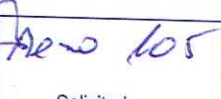


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	12,500.0	50,000

**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 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  
 MONTO : CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS

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

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

071533

FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: EMILIO VAISSE 574

Teléfono: 4874292

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

y/o ejecutar, 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


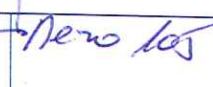


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	97,344
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	97,344
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,495
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	115,839

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO QUINCE MIL OCHOCIENTOS 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.



Señor(es) LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 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.



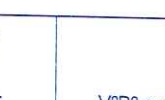
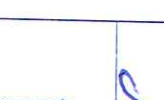
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
47	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	6,900.0	324,300
421	ENALAPRILA 10 MG por 1000	2,200.0	926,200

**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 : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	1,250,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,250,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	237,595
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,488,095

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y CINCO PESOS

 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.

071531

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°1

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


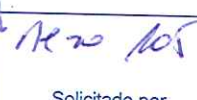

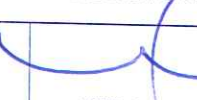
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ERITROMICINA JBE. 200MG/ 5ML por 25	23,900.0	71,700
8	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	11,900.0	95,200
55	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.0	264,000
11	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.0	96,800

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	527,700
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	527,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	100,263
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	627,963

SON : SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS 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.



FECHA: 02-07-2014

Señor(es) LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
428	AMOXICILINA 500 MG por 21 AMOVAL	4,140.0	1,771,920

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	1,771,920
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,771,920
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	336,665
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,108,585

SON : DOS MILLONES CIENTO OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA 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

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

Señor(es) LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°07

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


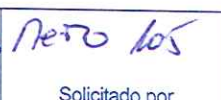

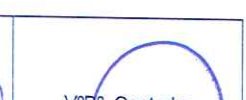
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
38	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,700.0	102,600
93	OFTABIOTICO COLIRIO	2,700.0	251,100

**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	353,700
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	353,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	67,203
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	420,903

SON : CUATROCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS TRES PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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) LABORATORIOS RECALCINE S. A. 916370008

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
22	CLARITROMICINA 500 MG MUS	6,310.0	138,820


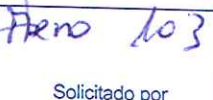
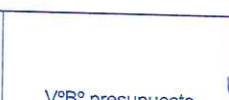
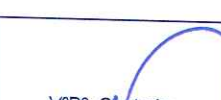
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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 138,820  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 138,820  
 IVA 26,376  
 TOTAL FACTURA 165,196

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : CIENTO SESENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-07-2014

Señor(es)SOCOFAR 915750001

Dirección:AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.JOANA RAVERA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 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.

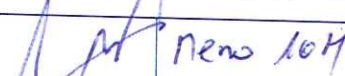
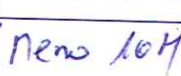
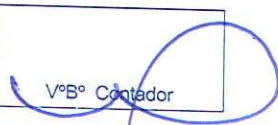
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
171	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 1000	4,118.0	704,178
63	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	9,047.0	569,961

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

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

CUENTA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	1,274,139
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,274,139
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	242,086
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,516,225

SON : UN MILLON QUINIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO 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: 02-07-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,159	SERTRALINA 50 MG POR 30	385.0	446,215

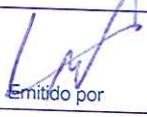

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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 446,215  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 446,215  
 IVA 84,781  
 TOTAL FACTURA 530,996

MONEDA : QUINIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

	numero 103		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 02-07-2014

Señor(es)SOCOFAR 915750001

Dirección:AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	CLOTRIMAZOL 500 MG por 1 OVULO	744.0	74,400
2	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	8,981.0	17,962
134	VASELINA LIQ. por 125ml	318.0	42,612
643	JABON GERM TRICLOSAM 1%	486.0	312,498
1	DIFENIDOL 25 MG. (VONTROL)	10,197.0	10,197

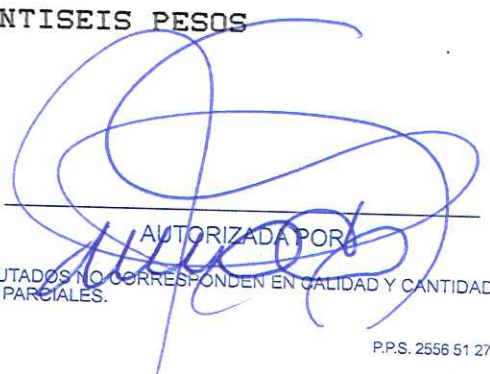
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	457,669
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	457,669
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	86,957
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	544,626

MONEDA : QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS

 Emitido por	<i>Neno 105</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): INSTITUTO SANITAS S. A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

y/o ejecutar, 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	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	15,000.0	120,000
205	PAROXETINA 20 MG.	1,500.0	307,500

**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 : 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 427,500  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 427,500  
 IVA 81,225  
 TOTAL FACTURA 508,725

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

071523

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) INSTITUTO SANITAS S. A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
366	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.0	549,000
34	MACROSAN 100 MG POR 50	4,300.0	146,200



**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 : 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 695,200  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 695,200  
 IVA 132,088  
 TOTAL FACTURA 827,288

SON : OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Neno los</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



071520

FECHA: 02-07-2014

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

Dirección:FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°641996  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
93	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	1,300.0	120,900

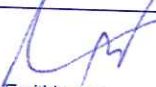
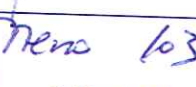


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 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  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 120,900  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 120,900  
 IVA 22,971  
 TOTAL FACTURA 143,871

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

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 641996  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
467	LEVOTIROXINA 100 MGX 90 CM	1,300.0	607,100



**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  
 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 607,100  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 607,100  
 IVA 115,349  
 TOTAL FACTURA 722,449

SON : SETECIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	<i>Paul Harris</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------------------	----------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es) LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
608	BENGUE POMADA POTE 30grs	545.0	331,360
271	PARACETAMOL 500 MG por 1000	4,410.0	1,195,110
689	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472.0	325,208



**LA 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 1,851,678  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,851,678  
 IVA 351,819  
 TOTAL FACTURA 2,203,497

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : DOS MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	<i>new los</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: 02-07-2014

Señor(es) LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°1  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
45	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	5,500.0	247,500



**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 : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	247,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	247,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	47,025
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	294,525

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTICINCO PESOS

Emitido por 	Solicitado por <i>Rev 104</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: 02-07-2014

Señor(es) LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.: **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N°1 de Fecha 04-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
454	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	870.0	394,980
21	CLARITROMICINA 500 MG por 14	15,000.0	315,000
43	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.0	133,300
1	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.0	5,500



**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	848,780
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	848,780
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	161,268
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,010,048

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DIEZ MIL CUARENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Novo 105</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: 02-07-2014

Señor(es) LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07

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

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


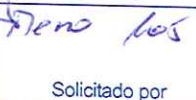
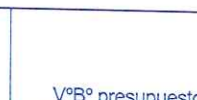

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
81	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,550.0	287,550

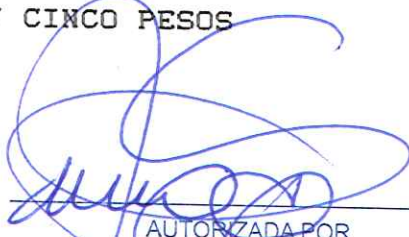
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	287,550
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	287,550
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	54,635
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	342,185

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





ORDEN DE COMPRA

071513

8-7

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°2952

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


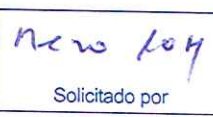
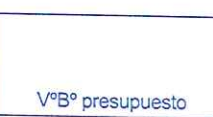
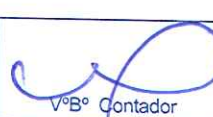
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3,028	ATORVASTATINA 10 MG por 30	312.0	944,736
38	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,200.0	197,600

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	: 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	1,142,336
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,142,336
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	217,044
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,359,380

SON : UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS 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 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°2952

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
72	AC. ASCORBICO 500 MG por 30	750.0	54,000
26	VITAMINA B1+B6+B12 POR 100 AMP.	58,500.0	1,521,000
50	IMIPRAMINA 25 MG por 40 COMP.	546.0	27,300
83	TRIMEBUTRINO MALEATO 100MG x 500 COMP.	7,800.0	647,400

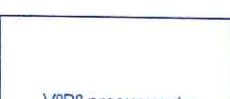
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

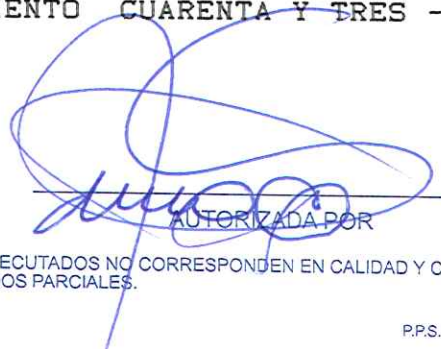
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,249,700
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,249,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	427,443
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,677,143

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA 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: 02-07-2014

Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL

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

De acuerdo a su cotización N° 1





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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ATORVASTATINA 20 MG. x 1000 COMP.	10,500.0	21,000

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

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

CUENTA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	21,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,990
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,990
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTICUATRO 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

FECHA: 02-07-2014

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
232	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500		
3	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	8,250.0	1,914,000
19	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	5,750.0	17,250
1	POLIVITAMINICO JBE 120 ML.	10,000.0	190,000
3	DICLOFENACO 50 MG por 1000	18,750.0	18,750
		8,000.0	24,000

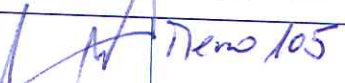



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

VALOR NETO 2,164,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 2,164,000  
 IVA 411,160  
 TOTAL FACTURA 2,575,160


FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 MONTO : DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO SESENTA 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



Señor(es) SALCOBRAND S. A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF. 74

Teléfono: 4227296

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,440	VASELINA SOLIDA 30gr	420.0	604,800
280	PASTA LASAR 30 Grs.	490.0	137,200

**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	742,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	742,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	140,980
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	882,980

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA 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

Teléfono: 6808010

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N°22 de Fecha 04-07-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, 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	JABON LIQ. YERDEN DOSIFICADOR 340 C.C.	397.00	3,970
60	TOALLA NOVA	318.00	19,080
10	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,589.00	15,890

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	38,940
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,940
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,399
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,339
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA 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): 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 02-07-2014 sírvase despachar

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

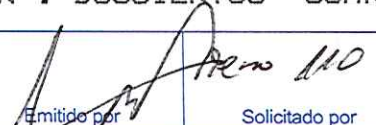
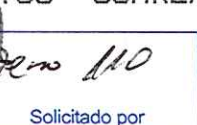
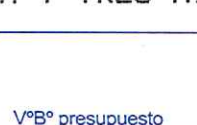
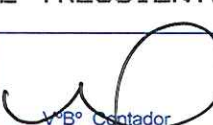
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182
5	BASURERO REDONDO C/TAPA 17 LTS 45X26	4,990.00	24,950
15	DESODOR/AMB. AIRWICK 250ML MATIC+RPTO CANELA	5,998.00	89,970
10	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. AZUL	250.00	2,500
10	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. NEGRA	250.00	2,500
10	HUINCHA AISLADORA 5 MTS. ROJA	250.00	2,500
12	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188.00	74,256
300	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22.00	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	204,458
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	204,458
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	38,847
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	243,305

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	COLOR X LITRO	296	4,440
48	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,242	59,616
24	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	841	20,184
10	JABON LIQ, X 5LTS	2,450	24,500
10	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	1,675	16,750

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	125,490
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	125,490
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,843
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	149,333

SON : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): 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 04-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	9,480
20	PANO AMARILLO	124	2,480
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	743	7,430
10	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,589	15,890

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	35,280
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,280
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	6,703
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	41,983

SON : CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,249	6,245
2	PAPEL ALUMINIO	783	1,566
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466	4,660
2	ROLLO ALUSA PLAS	414	828

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	13,299
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,299
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	2,527
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,826

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : QUINCE MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS 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 CORRESPONDE 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° 2

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

y/o ejecutar, 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
10	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,242	12,420
10	ESPONJA VIRUTEX	189	1,890

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	20,335
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,335
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	3,864
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,199

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : VEINTICUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS

 /Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Entador
--	---	---	---

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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 04-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	770	1,540
4	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	191	764
18	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	17,064
10	PANO AMARILLO	124	1,240
3	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681	5,043
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	743	7,430
10	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	740	7,400


**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  
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  
SON : CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 40,481  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 40,481  
IVA 7,691  
TOTAL FACTURA 48,172

 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

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CIF CREMA X 750 CC	680	20,400
30	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POTTETT	688	20,640
4	DETERGENTE DMO 400 KGS	768	3,072
5	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	5,491	27,455
2	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188	12,376
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	3,245
5	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,163	5,815
5	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	401	2,005
5	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	1,106	5,530
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	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	102,138
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	102,138
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	19,406
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	121,544

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTIUN MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO 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.

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 03-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	2,120	19,080
100	BOLSA BASURA 80X120	755	75,500
20	CLORO X 5 LTS	1,205	24,100
30	CLORO GEL	726	21,780
9	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120	19,080
12	ESPONJA VIRUTEX	189	2,268
2	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700	5,400
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,218	4,436

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	171,644
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	171,644
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	32,612
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	204,256

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



Señor(es): 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 04-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	1,028	5,140
5	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT DECOGLOBO PHI LIPS	1,313	6,565
20	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	404	8,080
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC AQUAMARI	1,170	5,850
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC AZUL MAR COR	1,170	5,850
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC CITRICO	1,160	5,800
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC LAVANDA	1,203	6,015
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	578	2,890
5	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + R EPUESTO LAVANDA	3,943	19,715
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	595	11,900
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,635	26,350
15	PANO AMARILLO	124	1,860
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681	16,810
20	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,589	31,780

**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	162,203
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,203
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	30,819
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	193,022

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO NOVENTA Y TRES MIL VEINTIDOS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 50X90	381	7,620
30	CIF CREMA X 750 CC	680	20,400
5	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	942	4,710
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC MAGNOLIA	3,800	19,000
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. 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. 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
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
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 POTS	1,365	1,365
6	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40X37	273	1,638
6	REMOVEDOR AMONIACADO FURIA X 5 LTS	6,324	37,944
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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	266,927
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	266,927
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	50,716
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	317,643

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BOLSA BASURA 80X110	575	11,500
20	BOLSA BASURA 80X120	755	15,100
7	CLORO X 5 LTS	1,205	8,435
30	CLORO GEL	726	21,780
5	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BAND SOL POETT	1,038	5,190
5	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO AROM	841	4,205
5	ESPONJA VIRUTEX	189	945
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,218	4,436
10	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	2,339	23,390
10	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS.	6,284	62,840

**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	VALOR NETO	157,821
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	157,821
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	29,986
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	187,807

SON : CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SIETE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD 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° 22

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

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


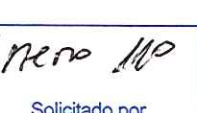


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC CITRICO	1,150.00	3,450
3	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + R EPUESTO LAVANDA	3,943.00	11,829
2	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,635.00	5,270
6	PANO AMARILLO	124.00	744
10	TOALLA NOVA	318.00	3,180
10	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	740.00	7,400

**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	31,903
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	31,903
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	6,062
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	37,965
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA 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.



071644

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 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
1	PORTA TOALLA JUMBO P/ROLLO DE 300 MTS.	5,463.00	5,463
10	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	2,340
5	SILICONA EN BARRA PARA PISTOLA	640.00	3,200
200	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	22.00	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	15,403
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,403
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	2,927
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,330

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Centador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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 02-07-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 DESNATURALIZADO 1 LT.	1,007.00	2,014
4	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	4,728
6	AMPOLLETA 60 WATT	175.00	1,050
8	BASUREROS PARA BANOS MEDIANO	3,800.00	30,400
10	BOLSA BASURA 50X90	381.00	3,810
6	BOLSA BASURA 120X130	1,556.00	9,336
3	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B. POLAR POETT	688.00	2,064
3	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT	688.00	2,064
3	DESODOR/AMB. AIRWICK 250ML MATIC+RPTD CANELA	5,998.00	17,994
1	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	9,000.00	9,000
5	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,463.00	27,315
4	DISPENSADOR DE JABON METALICO	7,890.00	31,560
5	DISPENSADOR TOALLA C/PALANCA PISAMATIC T1200/T1100	22,000.00	110,000
3	ESCOBILLON PARA LIMPIAR TAZA DE WC	489.00	1,467
6	GUANTES L virutex latex	792.00	4,752
2	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188.00	12,376
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,245
4	LIMPIADOR LIQ. LYSOFORM 450 CC. CITRICO D/PACK DES	839.00	3,356
5	LISOFORM AEROSOL	1,236.00	6,180
4	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	425.00	1,700
8	PANO MULTIUSO GRANDE	278.00	2,224
50	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	147.00	7,350
1	PLUMERO	412.00	412



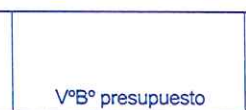

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	294,397
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	294,397
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	55,935
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	350,332

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

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



Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

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

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

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

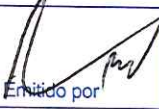

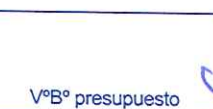
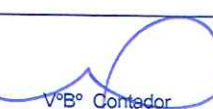
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	BASURERO 80 LTS.	11,484.00	34,452
8	BASURERO P/SALAS RECTANGULAR	1,975.00	15,800
6	CLORO GEL	726.00	4,356
8	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,242.00	9,936
3	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BANO SOL POETT	1,038.00	3,114
12	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	75,408

**LA 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.-

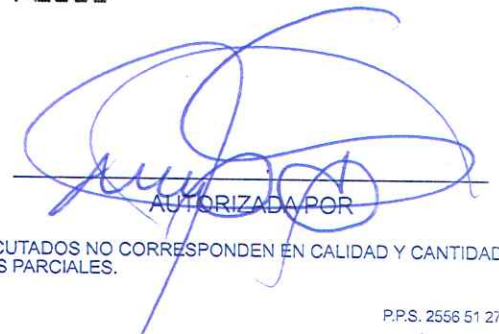
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	143,066
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	143,066
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	27,183
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	170,249

SON : CIENTO SETENTA MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

 Empleado 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.: **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 22 de Fecha 04-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	404	20,200
8	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	7,584
8	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595	4,760
2	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,635	5,270
12	PANO AMARILLO	124	1,488
7	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681	11,767
20	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	743	14,860
10	VIM LIQ. AMONIACLOROx Its	1,589	15,890

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	81,819
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	81,819
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	15,546
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	97,365

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA 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.



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 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARRO ESTRUJADOR MOPA 36 LTS. MARCA FIBRA	27,659.00	27,659
10	CIF CREMA X 750 CC	680.00	6,800
12	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	7,788
16	MOPA FIBRA 16	1,740.00	27,840
4	MOPA SECA C/MANGO METAL 80 CM.	7,800.00	31,200
10	SACA ZARRO FRASCO	1,916.00	19,160
4	VIRUTILLA FINA PARA PISOS	324.00	1,296

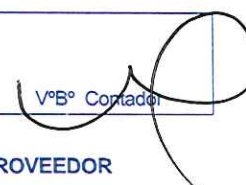
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

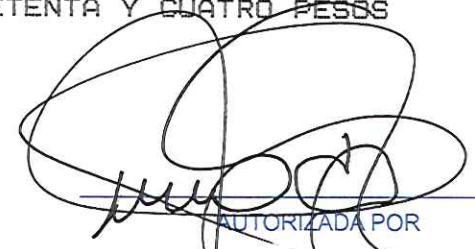
CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	121,743
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	121,743
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	23,131
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	144,874

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


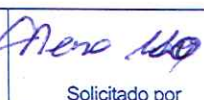
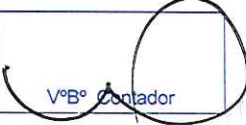
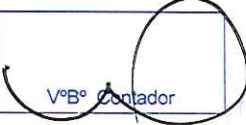
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	BOLSA BASURA 80X110	575	28,750
12	CLORINDA X LTS	296	3,552
10	CLORO X 5 LTS	1,205	12,050
12	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,242	14,904
1	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700	2,700
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,218	4,436
12	PANO SACUDIR BLANCO 40X45	140	1,680


**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	68,072
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	68,072
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	12,934
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,006
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA Y UN MIL SEIS 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): 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 04-07-2014 sírvase despachar

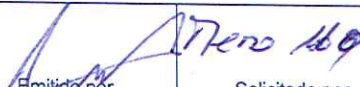
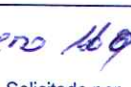

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	404	4,040
3	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + R EPUESTO LAVANDA	3,943	11,829
3	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681	5,043

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	20,912
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,912
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	3,973
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,885
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS 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): 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 02-07-2014 sírvase despachar

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

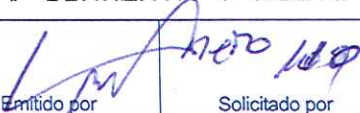

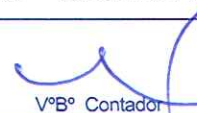
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BARRE HOJAS	2,250	4,500
10	BOLSA BASURA 50X90	381	3,810
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B. PRIMAVERAL POE TT	688	6,880
2	ESCOBILLON PARA LIMPIAR TAZA DE WC	489	978
2	ESCOBILLA PARA LIMPIAR AZULEJOS	990	1,980
1	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	749	749
1	GUANTES PLASTICOS	283	283
3	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	425	1,275
2	PAPEL ALUMINIO	783	1,566
3	ROLLO ALUSA PLAS	414	1,242
6	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	1,404
6	TRAPERO TRAMY ABSORVENTE 55X49	1,786	10,716
300	VASOS PLASTICO PLUMAVIT	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	41,983
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,983
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	7,977
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,960

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


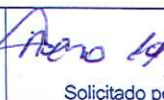
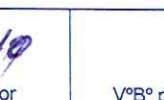

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BOLSA BASURA 80X120	755	15,100
1	COLOR X 5 LTS	1,205	1,205
2	DESENGRASANTE PARA PISOS X 5 LTS S/AMINIACADO	2,120	4,240
20	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,242	24,840
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,218	2,218
15	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284	94,260

**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	141,863
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	141,863
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	26,954
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	168,817
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE 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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.

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

De acuerdo a su cotización N° 22

y/o ejecutar, 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.	404	4,040
3	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC CITRICO	1,160	3,480
2	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC LAVANDA	1,203	2,406
1	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	578	578
5	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	4,740
3	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595	1,785
10	PANO AMARILLO	124	1,240
5	PANOS SACO CON OJAL	407	2,035
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681	16,810
5	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	743	3,715
15	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,589	23,835

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	64,664
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	64,664
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	12,286
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	76,950

SON : SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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



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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	1,007	3,021
3	ALCOHOL EN GEL 1 LITRO	1,006	3,018
4	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.	614	2,456
2	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	2,936	5,872
8	BOLSA BASURA 120X130	1,556	12,448
10	CIF CREMA X 750 CC	680	6,800
1	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BCA. AIR WICK	688	688
3	DETERGENTE OMO 400 KGS	768	2,304
3	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,775	11,325
6	GUANTES AMARILLO TALLA L	488	2,928
4	GUANTES CORRIENTE LATEX VIRUTEX TALLA M M/USO	460	1,840
8	GUANTES TEJIDO PVC	159	1,272
6	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	3,894
3	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,163	3,489
3	MANTENEDOR PARA PISO FLOTANTE FRASCO	7,230	21,690
3	MOPA SECA C/MANGO METAL 80 CM.	7,800	23,400
5	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	564	2,820
8	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	1,872

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

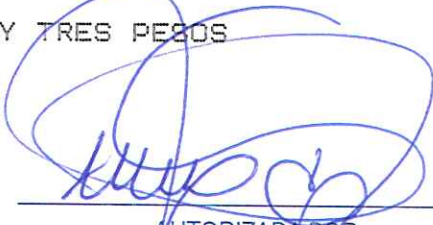
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	111,137
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	111,137
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	21,116
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	132,253

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, 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	BOLSA BASURA 80X110	575	2,875
5	BOLSA BASURA 80X120	755	3,775
8	ESPONJA P/ LOZA	189	1,512
5	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	2,339	11,695
8	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	1,675	13,400
8	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284	50,272

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	83,529
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,529
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	15,871
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	99,400
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS 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 USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.





ORDEN DE COMPRA

9.7

071632

FECHA: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC CITRICO	1,160	4,640
4	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC LAVANDA	1,203	4,812
2	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + R EPUESTO LAVANDA	3,943	7,886
1	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	948	948
5	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595	2,975
5	PANO AMARILLO	124	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	21,881
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,881
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	4,157
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,038

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISEIS MIL TREINTA Y OCHO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

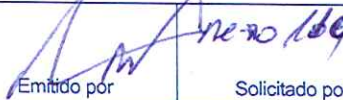

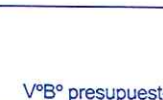

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	AMPOLLETA 40 WATT	175	2,625
4	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC ROSA FLORES	3,800	15,200
4	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POE TT	1,054	4,216
5	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466	2,330
12	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	564	6,768
20	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	4,680

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	35,819
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,819
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	6,806
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,625

SON : CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): 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 03-07-2014 sírvase despachar

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


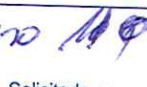


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CLORO X 5 LTS		
5	CLORO GEL	1,205	2,410
2	JABON LIQ, X 5LTS	726	3,630
10	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	2,450	4,900
		6,284	62,840

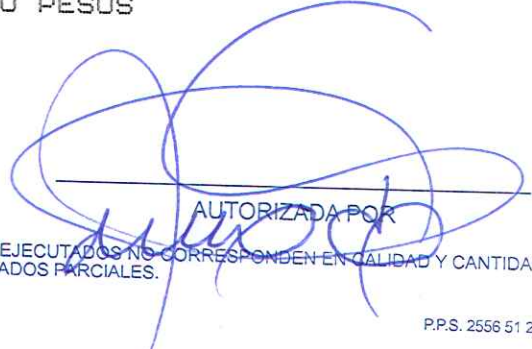
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	73,780
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	73,780
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	14,018
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	87,798

SON : OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA 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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

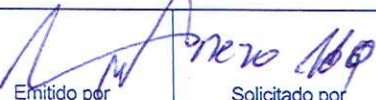



At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 22 de Fecha 04-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	404	4,040

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	4,040
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,040
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	768
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,808
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUATRO 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): 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 02-07-2014 sírvase despachar

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


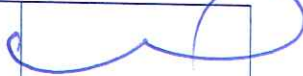
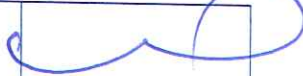
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BOLSA BASURA 50X70	194	1,940
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	3,245
5	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466	2,330
5	SACA ZARRO FRASCO	1,916	9,580
10	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	2,340
1	SHAMPOO ALFOMBRA X 5 LTS	3,469	3,469
2	SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.	1,555	3,110

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	26,014
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,014
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,943
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,957

SON : TREINTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA 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.

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 03-07-2014 sírvase despachar

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





CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CLORO X LITRO	296	2,960
5	CLORO GEL	726	3,630
10	ESPONJA BONODRIL	189	1,890


**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	8,480
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,480
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	1,611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,091
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DIEZ MIL NOVENTA Y UN PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6800010

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

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

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


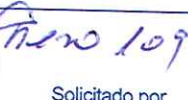
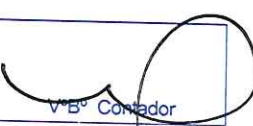
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	134	1,340

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	1,340
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,340
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	255
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,595

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : UN MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, 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	1,494	5,976
4	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	440

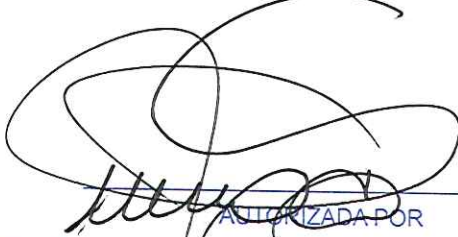
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	6,416
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,416
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,219
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,635

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA 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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6000010

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 04-07-2014

sírvase despachar

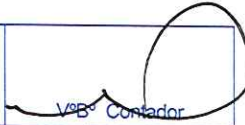
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	DESTACADOR CELESTE	122	732
6	DESTACADOR NARANJO	144	864
6	DESTACADOR ROSADO	122	732

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	2,328
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,328
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	442
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,770
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOS MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS		

 Emitido por	<i>Revo 109</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

9-7

071623

02-07-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

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

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

y/o ejecutar, 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 50 MM 50 UNIDADES	244	2,440
12	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,494	17,928

**LA 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	20,368
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,368
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	3,870
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,238

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ELASTICO X KILO	2,140	2,140
1	FORMULARIO CONTINUO 11X9.5 ORIGINAL 5/2000 PRI SA	7,595	7,595


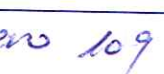
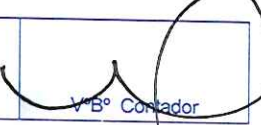
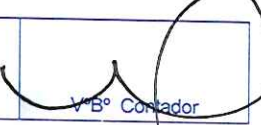
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	9,735
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,735
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,850
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,585

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : ONCE MIL QUINIENTOS 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

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


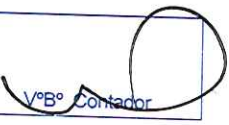
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

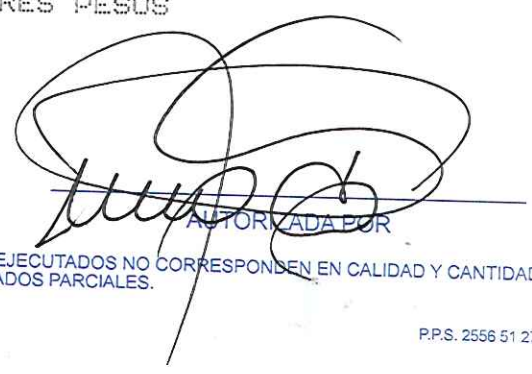
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926	5,556
5	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	364	1,820
2	LIBRO DE ACTAS 200 HOJAS ARON	1,779	3,558
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	29,880
2	TONER HP LASERJET P2055DN ( 05 A )	37,964	75,928

**LA 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	116,742
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	116,742
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	22,181
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	138,923
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTITRES PESOS		

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

071619

92

FECHA: 02-07-2014

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° 1.1

de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 EUROBOX Nro.2	782	7,820

LA 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	7,820
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,820
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,486
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,306

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NUEVE MIL TRESCIENTOS SEIS PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-07-2014 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	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	29,880



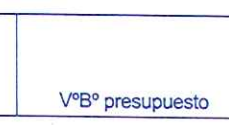
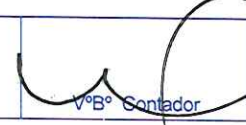
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	29,880
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,880
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,677
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,557

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

 Emite 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: 02-07-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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

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

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

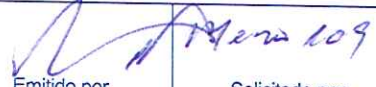
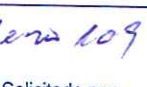


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	134	2,680

**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	2,680
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,680
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	509
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,189

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TRES MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS

 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

9-7

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 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.

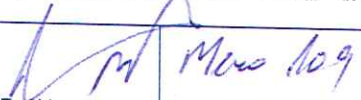

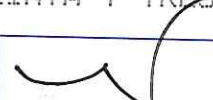
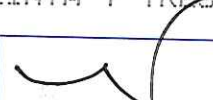
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,948	4,948
20	CLIPS GRANDE 80 MM.	421	8,420
10	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	720
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	1,920
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	1,920
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	960
6	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	888

**LA 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	19,776
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,776
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	3,757
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,533

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

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100


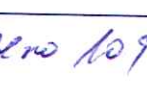
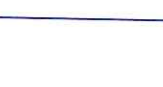

At.: Sr. \*\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*\*  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	567
3	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	716	2,148
3	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM.X40 MT.	275	825
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	29,880

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	33,420
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,420
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	6,350
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,770
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS 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 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804702001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	1,494	14,940





**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	14,940
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,940
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,839
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,779

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL SETECIENTOS SETENTA 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 21

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


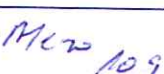

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	306	612
5	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	81	405
2	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	594	1,188
30	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	576	17,280
6	DEDOS GOMA AZUL	40	240
4	INDICE ARCHIVADOR OFICIO	412	1,648
10	MARCADOR ROPA M10 VERDE	415	4,150
2	PORTA BANDERITA DE COLORES	2,449	4,898
3	REGLA METALICA X 50 CM.	993	2,979

**LA 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	33,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,346
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,746

SON : TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 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	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	972
5	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	109	545
5	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	124	620
2	CARPETA FUELLE OFICIO	1,590	3,180
50	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14	700
1	HUELLERO TAMPON	1,178	1,178
20	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	1,440
25	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	2,450
25	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	2,450
15	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98	1,470
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	4,800
3	PAQUETE SOBRE 1/3 OFICIO 50 UNID.	831	2,493
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228	8,456
2	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250	8,500

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	39,254
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,254
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,458
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,712
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS DOCE PESOS		

		V°B° presupuesto	
Emisor 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: 02-07-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 1  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

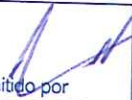
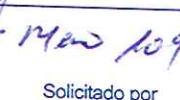
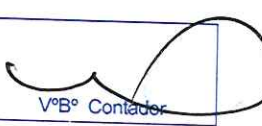
**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO CARTA		
2	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	620	6,200
20	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	630	1,260
20	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	116	2,320
6	INDICE ARCHIVADOR CARTA	116	2,320
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	646	3,876
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,494	74,700
10	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN JG	1,834	73,360
100	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	897	8,970
		110	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	184,006
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	184,006
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,961
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	218,967
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA 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: 02-07-2014

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° 21 de Fecha 04-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655	32,750
50	PILAS AAA x 4	1,546	77,300
20	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	425	8,500

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	118,550
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	118,550
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	22,525
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	141,075

SON : CIENTO CUARENTA Y UN MIL SETENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 11.

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	4,860
10	CAJA EUROBOX Nro. 1 REVISTERO 25X0X29.5X1	734	7,340
15	CAJA EUROBOX Nro. 2	782	11,730
10	CAJAS PARA ARCHIVADOR OFICIO EUROBOX	899	8,990
10	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	55	550
30	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14	420
10	PAQUETE SOBRE MEDIO OFICIO 50 UNID.	1,265	12,650
10	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	4,228	42,280


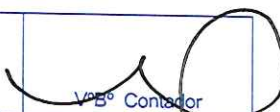
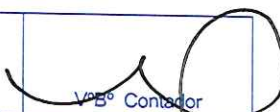
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	88,820
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	88,820
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	16,876
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	105,696

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON # CIENTO CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

 Emitted por	<i>new 109</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

y/o ejecutar, 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 EMBALAJE TRANSPARENTE 40 MM X 40 MT. OPP	189	3,780
10	LAPIZ PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,526	15,260
200	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	320	64,000
80	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	119,520
30	TIJERAS GRANDE	352	10,560



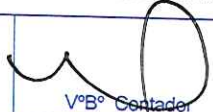
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 4211.02 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	213,120
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	213,120
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	40,493
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	253,613

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS

 Emitted por	<i>New 109</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): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 21

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS METALICA	4,245	4,245
20	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	306	6,120
3	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	404	1,212
20	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	94	1,880
20	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	78	1,560
10	CAJA PARA ARCHIVO MENPHIS	187	1,870
20	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	82	1,640
50	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	134	6,700
30	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655	19,650
20	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490	9,800
10	DESTACADOR AMARILLO	122	1,220
10	DESTACADOR CELESTE	122	1,220
10	DESTACADOR NARANJO	144	1,440
10	DESTACADOR ROSADO	122	1,220
10	DESTACADOR VERDE	144	1,440
50	GOMA DE BORRAR	32	1,600
30	SACA PUNTAS	85	2,550
5	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN JUEGO	425	2,125
20	STICK FIX 40 gr. PRITT	424	8,480


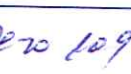


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	75,972
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	75,972
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	14,435
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	90,407

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA MIL CUATROCIENTOS 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: 02-07-2014

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 02-07-2014 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
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	9,720
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. STANLEY TRA704T	2,000.00	10,000
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	4,900
70	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	6,860
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	2,940
5	LIBRO DE ACTAS FOLIADO 400 HOJAS CUADRICULADO	4,390.00	21,950
10	PILAS ALKALINA AA X 12 UNID. DURACELL + 3	4,228.00	42,280
20	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260.00	5,200
2	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	422
200	VASOS T <sub>ERMICOS</sub> 300ML	18.00	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	107,872
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	107,872
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	20,496
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	128,368

SON : CIENTO VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS 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: 02-07-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

y/o ejecutar, 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 MICRORRUGADO ARTEL	630	12,600
20	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350	7,000
20	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	116	2,320
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	3,780
20	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	364	7,280
30	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	1,834	55,020
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,494	74,700

**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	162,700
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,700
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	30,913
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	193,613

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TRECE 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21

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

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

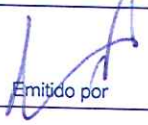
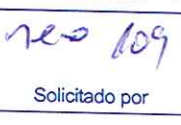
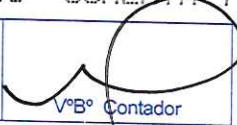
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,384	5,536
4	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,384	5,536
3	BANDEJA ESCRITORIO PORTA-PAPELES 3 PISOS METAL ICA	4,245	12,735
5	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	404	2,020
3	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29	87
10	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	134	1,340
20	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	655	13,100
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490	4,900
20	DESTACADOR AMARILLO	122	2,440
100	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16	1,600
3	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX 100 UND.	5,528	16,584
15	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J UEGO	425	6,375

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	72,253
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	72,253
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	13,728
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	85,981

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 11.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	APRETAPAPEL MEDIANO	62	930
12	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	5,832
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 50 UD.	99	198
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/6	243	1,215
5	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	1,810
5	CUADERNILLO MATEMATICAS	51	255
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	880
150	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	14,700
10	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,345	23,450
25	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418	10,450
25	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	754	18,850

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	78,570
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	78,570
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	14,928
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,498

SON : NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

*[Firma]*  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

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


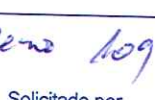
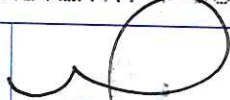
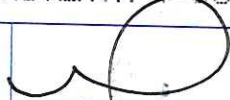
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE	324	9,720
3	CORCHETERA BOSH	3,234	9,702
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204	2,040
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204	2,040
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	22,410
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	36,680
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	2,200
15	STICK FIX 40 gr. UHU	526	7,890

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	92,682
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	92,682
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	17,610
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	110,292

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO DIEZ MIL DOSCIENTOS NOVENTA 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	536	5,360
10	CAJA ALFILERES	126	1,260
50	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29	1,450
10	CARPETA DE CARTON RHEIN	56	560
5	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,476	42,380
10	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	594	5,940
30	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML. BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490	14,700
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	303	3,030
10	DEDOS GOMA AZUL	40	400
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16	3,200
3	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	6,972	20,916
10	LAPIZ PARA MARCAR CD	198	1,980
5	PEGAMENTO LA GOTITA	648	3,240
5	PLUMON PERMANENTE HIPPER B	121	605
10	REGLA METALICA X 50 CM.	993	9,930
30	SACA PUNTAS METALICO	56	1,680


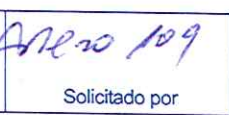
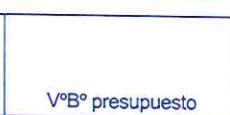
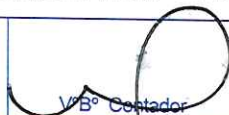
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	116,631
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	116,631
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	22,160
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	138,791

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

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

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: 02-07-2014

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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


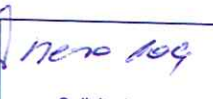

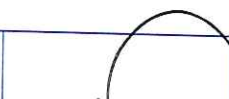
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	4,480
10	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	448.00	4,480
3	PAQUETE SOBRE SACO CAFE 50 UNID.OFICIO	1,572.00	4,716
5	PLUMON PERMANENTE AMARILLO PILOT	599.00	2,995
5	PLUMON PERMANENTE CAFE	187.00	935
5	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	169.00	845
5	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	169.00	845
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA CUNA 350 NEGRO STAEDTLER	280.00	1,400
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	169.00	845
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA GOLD MEDIO PILOT	190.00	950
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NARANJO PILOT	190.00	950
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA SILVER MEDIO PILOT	190.00	950
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VIOLETA PILOT	190.00	950
10	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	2,110
1	TARJETERO VINILICO PARA 100 TARJETAS	2,569.00	2,569

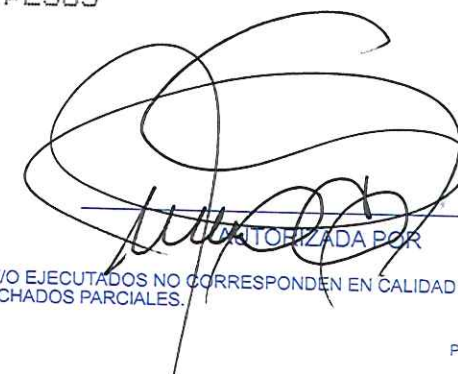
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	30,020
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,020
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	5,704
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,724
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS 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.



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 **02-07-2014**

sírvase despachar


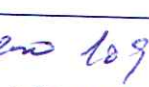
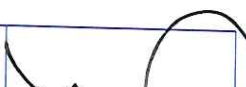
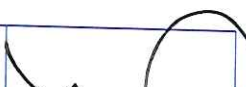
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	1,489.00	7,445
10	APRETAPAPEL GRANDE 50.8 MM.	804.00	8,040
10	APRETAPAPEL MEDIANO	62.00	620
10	APRETAPAPEL MEDIANO 32 MM.	352.00	3,520
10	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490.00	4,900
1	CAJA BROCHES METALICOS	360.00	360
5	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	55.00	275
10	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	214.00	2,140
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 330 GR.	184.00	1,840
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 340 GR.	260.00	2,600
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294.00	2,940
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ROJA PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	269.00	2,690
2	COLA FRIA X KILO	2,076.00	4,152
5	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 120 GR. T.AZUL PEGAFIX	258.00	1,290
5	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 250 GR. T.AZUL PEGAFIX	499.00	2,495
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
5	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	215
5	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND.	85.00	425
10	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	448.00	4,480

**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	74,637
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	74,637
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	14,181
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	88,818
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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





ORDEN DE COMPRA

071598

02-07-2014

FECHA:

ILOP S.A. 804782001

Señor(es):

A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Dirección:

Teléfono:

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
03-07-2014

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

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	APRETAPAPEL CHICO x u	142.00	1,420
10	APRETAPAPEL CHICO 19 MM.	142.00	1,420
10	APRETAPAPEL GRANDE	561.00	5,610
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	157.00	1,570
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.	157.00	1,570
10	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	584.00	5,840
10	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	364.00	3,640
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	364.00	3,640
10	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	716.00	7,160
3	CORCHETERA TORRE B4	2,912.00	8,736
15	CUCHILLO CARTONERO	149.00	2,235
20	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	860
5	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA ROJO	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VERDE	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE ROJO ALO	180.00	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 factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	49,101
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,101
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	9,329
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	58,430
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS

Emittido 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.



071597

02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar


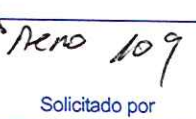
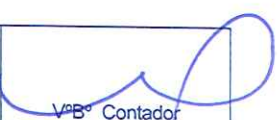
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,384.00	8,304
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	97.00	970
8	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	5,240
5	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	594.00	2,970
12	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	5,880
5	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	1,110.00	5,550
5	DESTACADOR AMARILLO	122.00	610
5	DESTACADOR CELESTE	122.00	610
5	DESTACADOR NARANJO	144.00	720
5	DESTACADOR ROSADO	122.00	610
12	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	165.00	1,980
5	DESTACADOR VERDE	144.00	720
500	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16.00	8,000
2	PEGAMENTO LA GOTITA	648.00	1,296

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	43,460
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,460
LOGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	8,257
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,717
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS DIECISIETE 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: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 11

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

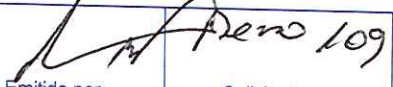
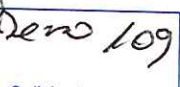

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
60	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	5,880
60	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	5,880
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMAÑO OFICIO	7,790.00	7,790
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	4,530
2	PORTATACO CALENDARIO GRANDE SEMICUERO NEGRO	3,790.00	7,580
36	POST IT CHICO AMARILLO higland	148.00	5,328

**LA 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 : COLEGIO SIMON BOLIVAR  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CUARENTA Y CUATRO MIL DIECISEIS PESOS

VALOR NETO 36,988  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 36,988  
IVA 7,028  
TOTAL FACTURA 44,016

 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: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización Nº 11

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 ALFILERES CON CABEZAS DE COLOR	67.00	670
3	CAJA PARA CARPETA COLGANTE OFICIO 7 EUROBOX	1,590.00	4,770
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	150.00	1,500
10	CUADERNILLO MATEMATICAS	51.00	510
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	880
24	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	1,728
60	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	15,938
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,938
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	3,028
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,966

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

071594

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

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


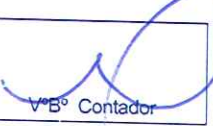
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,512
8	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM.X40 MT. BLANCA	716.00	5,728
2	CUCHILLO CARTONERO	149.00	298
80	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	119,520
80	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	146,720
2	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38	2,081.00	4,162
24	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	5,280
16	STICK FIX 40 gr. UHU	526.00	8,416
1	TERMOLAMINADORA	36,341.00	36,341


**LA 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	327,977
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	327,977
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	62,316
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	390,293

SON : TRESIENTOS NOVENTA MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	Remo 109 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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° 21

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

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


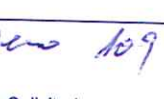


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	306.00	3,060
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	97.00	485
10	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	445.00	4,450
5	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	594.00	2,970
3	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	1,368.00	4,104
1	CLIPS MEDIANO X KG	1,730.00	1,730
10	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	228.00	2,280
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	4,900
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16.00	3,200
50	PAQUETE SOBRE OFICIO CAFE	1,805.00	90,250
3	PEGAMENTO LA GOTITA	648.00	1,944
5	PILAS AAA x 4	1,546.00	7,730
3	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	92.00	276

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	127,379
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	127,379
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	24,202
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	151,581

SON : CIENTO CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS 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.



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 **02-07-2014**

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	128	1,920
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	128	1,920
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	128	1,920
25	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128	3,200
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	128	1,920
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	128	2,560
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	128	1,920
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	150	750
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	128	1,920
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	128	1,920
30	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	14,580
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	150	750
5	CARTULINA PINTAD 53X75 NEGRO ARTEL	189	945
5	CARTULINA PINTAD 53X85 GRIS ARTEL	189	945
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	128	1,920
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	150	750
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	150	750
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128	1,920
5	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	317	1,585
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	128	1,920
50	APRETAPAPEL MEDIANO	62	3,100
2	CAJA DE VALORES 20 CMS. CON CERRADURA DE COMBINACION	7,225	14,450
1	CLIPS MAGICOS 50 UD. PLATEADO 4.8 MM. ADIX CAJA	449	449
30	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	2,160
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	4,900
5	LAPIZ UNI-BALL	780	3,900
3	MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO	1,297	3,891
40	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43	1,720
10	PAPEL LUSTRE PLIEGO COLORES 70 x 50	45	450
3	PORTA MINAS 0.9 ISOFIT	625	1,875
3	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	531	1,593
20	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	2,960

**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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	87,463
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	87,463
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	16,618
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,081

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

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

  
AUTORIZADOR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 03-07-2014

sírvase despachar

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



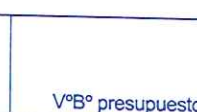

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	690	10,350
1	CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.	157	157
10	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	364	3,640
30	APRETAPAPEL CHICO x u	142	4,260
10	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	1,098	10,980
2	LAPIZ SCHNEIDER JET FINE AZUL	100	200
2	LAPIZ SCHNEIDER JET FINE NEGRO	100	200
2	LAPIZ SCHNEIDER JET FINE ROJO	100	200
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	59,760
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	36,680
3	PORTA MINAS 0.7	264	792
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	4,400
3	TIJERAS GRANDE	352	1,056

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	132,675
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	132,675
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	25,208
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	157,883

SON : CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): 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 04-07-2014 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	TONER HP CE285A NEGRO	15,760	31,520
12	BATERIA VARTA 9 VOLTS	1,368	16,416
24	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16	384
3	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	2,684	8,052
24	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490	11,760
2	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	78	156
10	CAJA ALFILERES	126	1,260

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	69,548
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	69,548
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	13,214
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,762

SON : OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

Emitido por: <i>[Firma]</i>	Solicitado por: <i>[Firma]</i>	V°B° presupuesto: <i>[Firma]</i>	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.



FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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

De acuerdo a su cotización N° 11

de Fecha 02-07-2014

sírvase despachar

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


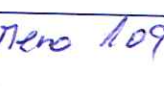


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260	1,560
6	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	888
2	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	650	1,300
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	1,152
24	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	2,304
12	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44	528
4	APRETAPAPEL MEDIANO	62	248
2	CARPETA COLGANTE PUNTAS PLASTICAS (PQ. 25 UND.)	104	208
24	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14	336
6	SEPARADOR OFICIO BLANCO 6 POSICIONES	163	978
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228	8,456
24	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	2,304
2	DISPENSADOR DE CINTA DE EMBALAJE HAND 2"	1,690	3,380
6	SEPARADOR CARTULINA CARTA 6 POSIC. 3 COLORES A LO	105	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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	24,272
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,272
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	4,612
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,884

SON : VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

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

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


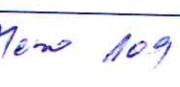
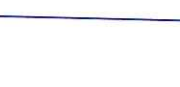

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN JG	897	2,691
6	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO	645	3,870
12	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,122	13,464
6	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,738	10,428
12	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	17,928
12	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204	2,448
12	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	22,008
12	CORCHETERA ALO	942	11,304
12	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE ROJO	1,122	13,464
12	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO	204	2,448
12	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,122	13,464
6	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	660
4	APRETAPAPEL GRANDE	561	2,244
6	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	1,320
12	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204	2,448
4	APRETAPAPEL CHICO 19 MM.	142	568

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	120,757
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	120,757
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	22,944
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	143,701
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS 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): DIMERC S.A. 966708409

FECHA:

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

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

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

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

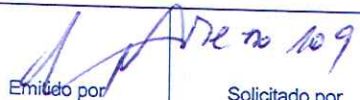
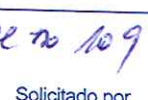


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	SACA PUNTAS METALICO	56	336
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	71	355
2	CAJA ACCO CLIPS PLASTICO 50 UNID. ALO	404	808
1	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	447	447
3	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490	1,470
12	GOMA DE BORRAR	32	384
2	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	249	498
4	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29	116
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	655	3,275
8	STICK FIX 40 gr. PRITT	424	3,392

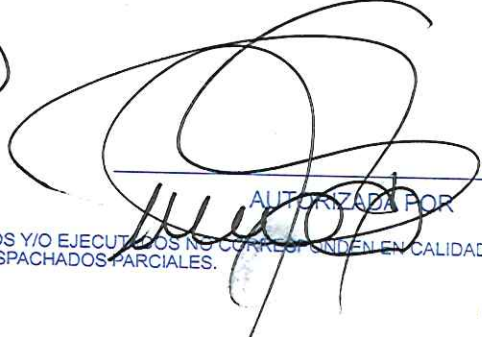
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	11,081
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,081
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	2,105
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,186
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TRECE MIL CIENTO OCHENTA Y SEIS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



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 **02-07-2014**

sírvase despachar

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


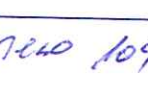
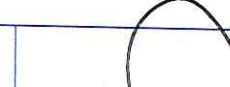
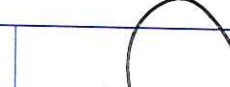
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	128	1,280
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	1,595	7,975
5	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	234	1,170
3	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	294	882
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128	1,280
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	418	5,016
3	CLIPS MEDIANO X 50 UND.	119	357
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43	430
4	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294	1,176
3	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	1,711	5,133
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	1,960
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	4,860
15	CARPETA CARTULINA AZUL	56	840
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILO T	1,595	7,975
24	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	1,728
12	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	754	9,048
24	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	418	10,032
4	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040	8,160
1	LIBRO DE SALIDA ( IMPRESIONES LORENA ) 100 HJS	1,290	1,290
12	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	754	9,048
3	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	1,086
12	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	754	9,048
10	CD IMATION	194	1,940
5	PAPEL LUSTRE PLIEGO COLORES 70 x 50	45	225
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128	1,280
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98	1,176
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	128	2,560

**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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	96,955
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	96,955
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	18,421
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	115,376
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO QUINCE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS 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 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 \*\*  
de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar

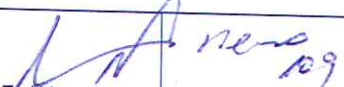
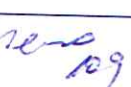
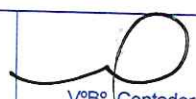
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	91,700
6	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284	1,704
10	CARPETA COLGANTE CON RIEL PLASTICO COLON	118	1,180
2	LOMOS PARA ARCHIVADOR ANCHO OFICIO GRIS	320	640
8	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM.X40 MT.	275	2,200
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198	2,376
12	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	2,268
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	74,700
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198	2,376
8	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204	1,632

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	180,776
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	180,776
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	34,347
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	215,123
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOSCIENTOS QUINCE MIL CIENTO VEINTITRES PESOS		

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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° 21

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

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

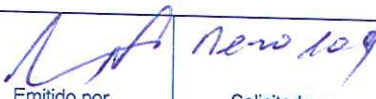
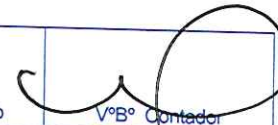
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	SACA PUNTAS METALICO	56	336
10	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	306	3,060
5	DESTACADOR VERDE	144	720
5	DESTACADOR ROSADO	122	610
5	DESTACADOR AMARILLO	122	610
5	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	303	1,515
8	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	228	1,824
2	CLIPS MEDIANO X KG	1,730	3,460
15	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29	435
3	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655	1,965
80	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16	1,280
5	DESTACADOR NARANJO	144	720
5	DESTACADOR CELESTE	122	610
5	BLOCK PREPICADO PERFORADO OFICIO M7 COLON	536	2,680

**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	19,825
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,825
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	3,767
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,592

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : VEINTITRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



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 **02-07-2014** sírvase despachar

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

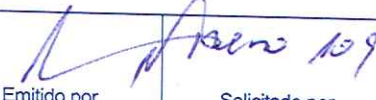
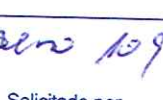
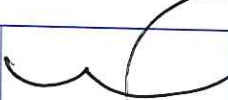
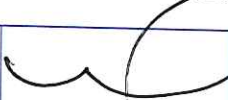
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.		
25	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	169	1,014
5	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	98	2,450
5	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448	2,240
10	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	448	2,240
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	44	440
5	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	362	3,620
50	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	448	2,240
25	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	150	7,500
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	98	2,450
10	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	486	4,860
80	FUNDAS PLASTICAS CARTA	317	3,170
		14	1,120


**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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	33,344
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,344
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	6,335
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,679

SON : TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	DESTACADOR BIC AMARILLO	218	1,090
20	PAPEL CRAF PLIEGO	43	860
8	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198	1,584
50	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	5,500
6	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	180	1,080
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350	3,500
10	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	198	1,980
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	2,200
5	VISORES CARPETAS COLGANTES 50 UND. 35 X70 MM T RANSPARENTE	550	2,750
6	STICK FIX 40 gr. UHU	526	3,156
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,494	74,700
3	TIJERAS GRANDE	352	1,056

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	99,456
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	99,456
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	18,897
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	118,353
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

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

*[Firma]*  
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 04-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	228	2,280
5	SACA CORCHETE PALANCA	170	850
5	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490	2,450
6	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	249	1,494
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16	3,200

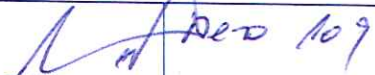
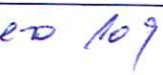


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	10,274
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,274
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	1,952
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,226

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOCE MIL DOSCIENTOS VEINTISEIS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SACA CORCHETE PINZAS	174	870
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	4,228	8,456
2	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,948	9,896
12	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	1,776
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	14	1,400

**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	22,398
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,398
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,256
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,654
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA 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: 02-07-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

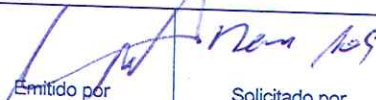
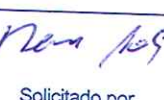

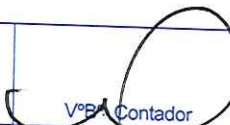
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204	2,448
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834	36,680
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	29,880
10	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	1,890
2	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,738	3,476
20	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926	18,520
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	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  
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO QUINCE MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS

VALOR NETO 97,294  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 97,294  
IVA 18,486  
TOTAL FACTURA 115,780

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	525.00	15,750
5	CUADERNO UNIVERSITARIO E/D 100 HOJAS M7 TORRE LISO	409.00	2,045
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	16.00	3,200


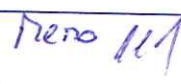


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

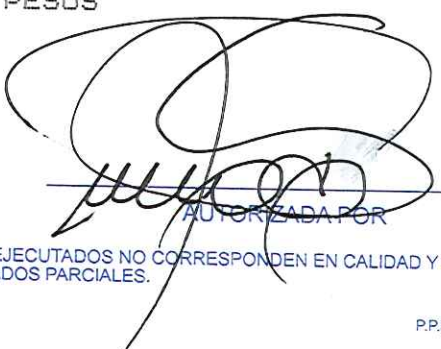
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	20,995
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,995
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	3,989
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	24,984

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA 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: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
 De acuerdo a su cotización N°14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	APRETAPAPEL CHICO x u	36.00	1,440
5	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	317.00	1,585
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	2,540
15	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	1,905
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	2,540
30	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	2,520
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	107.00	3,210
5	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	917.00	4,585
5	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	917.00	4,585
5	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE ROJO	917.00	4,585
3	MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO	1,297.00	3,891
30	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	46.00	1,380
30	POST IT CHICO AMARILLO higland	99.00	2,970


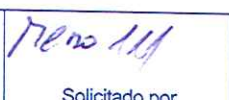


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	37,736
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,736
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	7,170
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,906

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SEIS 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.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

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



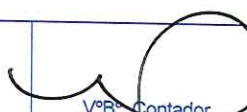
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	690.00	6,900
5	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	339.00	1,695
1	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	157.00	157
20	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	364.00	7,280
40	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	59,760
4	TIJERAS GRANDE	352.00	1,408

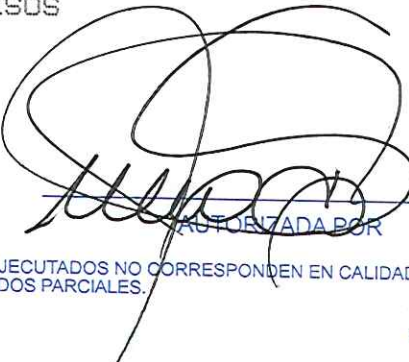
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	77,200
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	77,200
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	14,668
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	91,868
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO 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.



FECHA: 02-07-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 24

y/o ejecutar, 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	525.00	6,300
24	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29.00	696
12	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	370.00	4,440
6	PORTA MINAS 0.5 PENTEL	92.00	552
12	STICK FIX 40 gr. PRITT	424.00	5,088

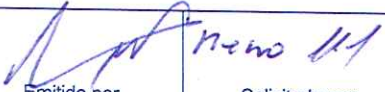
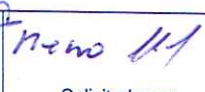

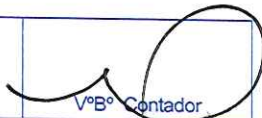
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	17,076
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	17,076
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	3,244
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,320

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

97

071694

FECHA: 02-07-2014

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

Dirección:LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N°14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	270.00	3,240
12	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	3,840
12	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	285.00	3,420
12	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	273.00	3,276
12	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	273.00	3,276
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	1,524
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	1,524
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	1,524
3	CUADERNO CLASSIC SCOOOTH OFICIO 150 HOJAS	2,776.00	8,328
24	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	290.00	6,960
6	DESTACADOR AMARILLO	159.00	954
6	DESTACADOR NARANJO	159.00	954
12	MARCADOR ROPA M10 AZUL	716.00	8,592
12	MARCADOR ROPA M10 ROJO	716.00	8,592
6	MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.	798.00	4,788
12	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	448.00	5,376
12	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	5,376
12	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	448.00	5,376
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM VERDE ALO	227.00	2,724

**LA 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	85,104
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	85,104
LUGAR ENTREGA : AVDA.CRISTOBAL COLON 9188	IVA	16,170
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,274

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO UN 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°4  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	157.00	1,884
6	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,722.00	52,332
6	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	275.00	1,650
24	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	1,032
12	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	180.00	2,160
12	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	180.00	2,160
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
6	PORTA MINAS 0.7	264.00	1,584
6	PORTA MINAS 0.9 STAEDTLER	1,889.00	11,334
12	STICK FIX 40 gr. UHU	526.00	6,312

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	87,576
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	87,576
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	16,639
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	104,215

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUATRO MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS

Empleado 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. 966700409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6800010

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° 24  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,384.00	2,768
6	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	525.00	3,150
3	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	71.00	213
3	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29.00	87
12	GOMA DE BORRAR	33.00	396
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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	10,006
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,006
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	1,901
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,907

SON : ONCE MIL NOVECIENTOS SIETE PESOS  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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



FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N° 14

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	560
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	1,270
10	CARTULINA 55 X 77 COLOR CAFE PROARTE	127.00	1,270
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	127.00	1,270
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	1,150.00	5,750
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILOT	1,150.00	5,750
24	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	84.00	2,016
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	46.00	460
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	2,724
2	TACO BLANCO 9X9 CM.	242.00	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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	21,554
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,554
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	4,095
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,649

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 4

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	1,420
8	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,512
6	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204.00	1,224
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	44,820
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	55,020
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	2,376
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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	107,428
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	107,428
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	20,411
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,839

SON : CIENTO VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 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
1	CARTRIDGE H.P. 21 NEGRO	6,869.00	6,869

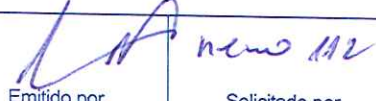



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	6,869
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,869
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	1,305
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,174

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHO MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° 3 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARTRIDGE H.P. 22 COLOR	9,410.00	9,410

**LA 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	9,410
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 9,410
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA 1,788
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 11,198

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : ONCE MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	112 112 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: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,097.00	2,097

**LA 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	2,097
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,097
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	398
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,495

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO 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: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CABLE EXTENSION USB 1 METRO	2,911.00	8,733
6	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,875.00	29,250

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	37,983
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,983
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,217
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,200

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

Emitted por 	Solicitado por <i>Renzo 112</i>	V°B° presupuesto	V°B° Costador 
--	---------------------------------	------------------	---

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD 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° 23

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

y/o ejecutar, 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	PAD MOUSE MAXXTRO GEL NEGRO/AZUL	1,698.00	16,980

**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	16,980
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 16,980
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA 3,226
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 20,206

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTE MIL DOSCIENTOS SEIS PESOS

		
Emitido por	Solicitado por	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.



ORDEN DE COMPRA

071684

9-7

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,875.00	24,375

**LA 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	24,375
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 24,375
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA 4,631
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 29,006

SON : VEINTINUEVE MIL SEIS PESOS

	12-07-14		
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





ORDEN DE COMPRA

071683

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	MOUSE CON SCROLL USB	2,272.00	22,720
10	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	4,347.00	43,470

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	66,190
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 66,190
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA 12,576
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 78,766

SON : SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

	<i>New 112</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): **PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405**

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

Teléfono:

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha **02-07-2014** 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
6	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 13X50 ADETEC X 144 UND	229.00	1,374
6	HUB USB DE 4 PUERTOS	1,998.00	11,988
6	LECTO GRABADOR DVD 52X INTERNO	10,630.00	63,780
8	MASTER RISO CZ 180	22,250.00	178,000
10	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,875.00	48,750

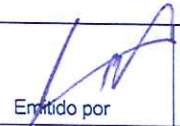


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	303,892
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 303,892
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA 57,739
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 361,631

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN 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: 02-07-2014

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 03-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 18 - 53 X 100	272.00	1,360
8	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	2,455.00	19,640

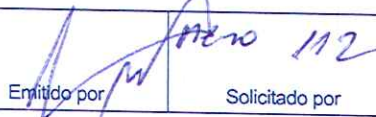
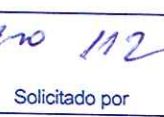
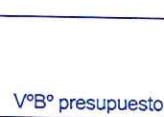
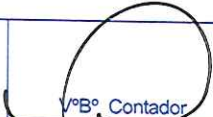
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	21,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 21,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA 3,990
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 24,990

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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.

071680

FECHA: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,097.00	12,582

**LA 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	12,582
DESTINO	: COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 12,582
LUGAR ENTREGA	: TOMAS MORO 1651	IVA 2,391
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 14,973

SON : CATORCE MIL NOVECIENTOS SETENTA 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.



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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	194.00	3,880
20	DVD-R SONY 4.7 GB 8X STANDARD	320.00	6,400
2	LIMPIA PANTALLA COMPUTADOR	1,299.00	2,598
2	APOYA MUNECA P/TECLADO COLOR AZUL/TERAPEUTICO	1,250.00	2,500
150	SOBRE P/CD BLANCO SIN VENTANA	410.00	61,500





**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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	76,878
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	76,878
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	14,607
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	91,485

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y 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.

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	259.00	2,590
4	PLUMON PARA MARCAR CD NEGRO	256.00	1,024
10	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON INALAMBRICO	4,083.00	40,830

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	44,444
DESTINO	: COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 44,444
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA 8,444
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 52,888

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

Emite por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>Neno 112</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador <i>[Signature]</i>
------------------------------	--------------------------------	------------------	----------------------------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR *[Signature]*

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



Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 3 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


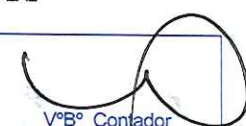
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PUNTERO LASER	2,712.00	10,848

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	10,848
DESTINO	: COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 10,848
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA 2,061
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 12,909

SON : DOCE MIL NOVECIENTOS NUEVE PESOS  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

	<i>Nero M2.</i>	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,875.00	4,875

**LA 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	4,875
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 4,875
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA 926
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 5,801

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CINCO MIL OCHOCIENTOS UN 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.





ORDEN DE COMPRA

9-7

071674

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CD IMATION GRABABLE	194.00	1,940
10	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	259.00	2,590
2	LIMPIA PANTALLA COMPUTADOR	1,299.00	2,598

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	7,128
DESTINO	: COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,128
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 9040	IVA	1,354
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,482

SON : OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

	<i>New M2</i>		
Emisor por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Comisario

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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



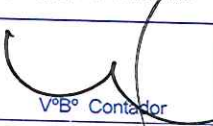
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CD IMATION GRABABLE	194.00	3,880
20	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	259.00	5,180

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	9,060
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	10,781

SON : DIEZ MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

		
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE 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° 13

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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



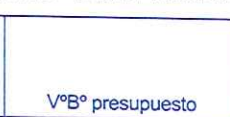

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CINTA IMPRESORA OKI MICROLINE 420 TURBO	3,841.00	15,364
30	CD IMATION GRABABLE	194.00	5,820
30	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	259.00	7,770

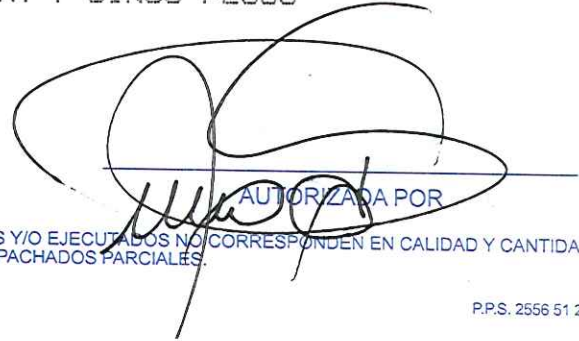
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	28,954
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	28,954
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	IVA
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	5,501
		TOTAL FACTURA
		34,455

SON : TREINTA Y CUATRO 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.

FECHA: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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.	397	1,588

**LA 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 : UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA PESOS

VALOR NETO 1,588  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 1,588  
 IVA 302  
 TOTAL FACTURA 1,890

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	680	1,360
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	649
4	LISOFORM AEROSOL	1,236	4,944
3	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	1,365	4,095

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	11,048
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,048
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,099
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	13,147

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TRECE MIL CIENTO 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: 02-07-2014

Señor(es): ILDP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


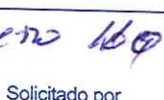
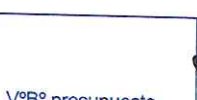

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CLORO GEL	726	2,904
4	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	841	3,364
6	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284	37,704

**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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	43,972
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,972
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	8,355
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	52,327
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE 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: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AMPOLLETA AHORRO DE ENERGIA 15 WATTS CORTA	1,028	10,280

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


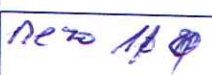
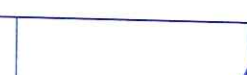
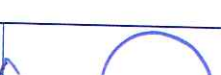
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO  
 DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 10,280  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 10,280  
 IVA 1,953  
 TOTAL FACTURA 12,233

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOCE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 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.


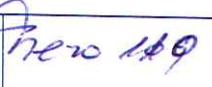


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	CIF CREMA X 750 CC	680	4,080
6	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. NEUTRALIZADO POE TT	1,054	6,324
6	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SPA GLADE	1,159	6,954
4	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649	2,596

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	19,954
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,954
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	3,791
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,745

SON : VEINTITRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 02-07-2014

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 03-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	CLORO X 5 LTS	1,205	4,820
4	JABON LIQ. X 5LTS	2,450	9,800


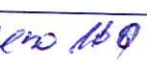


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	14,620
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,620
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	2,778
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,398

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA 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: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

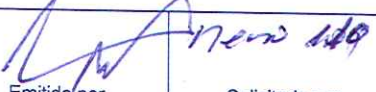
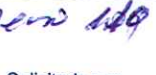


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	404	4,040
5	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	578	2,890
10	TOALLA NOVA	318	3,180

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	10,110
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,110
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,921
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	12,031
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DOCE MIL 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

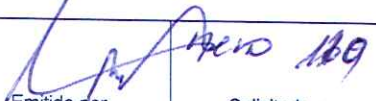
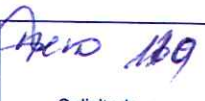
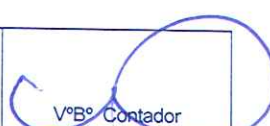
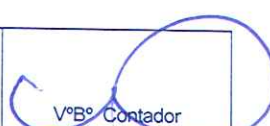
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BOLSA ALMACEN. ZIPLOC C/CIERRE 18X20	1,528	15,280
2,000	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	5	10,000

**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 FONO: 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  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : TREINTA MIL OCHENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 25,280  
DESCUENTO 0,0 0  
SUB-TOTAL 25,280  
IVA 4,803  
TOTAL FACTURA 30,083

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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 03-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con 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, 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 FONOS: 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  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : DOS MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS

VALOR NETO 2,450  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 2,450  
 IVA 466  
 TOTAL FACTURA 2,916

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 12

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	DIF CREMA X 750 CC	680	3,400

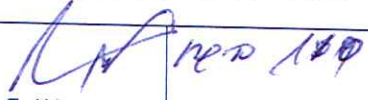
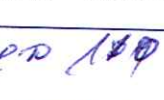
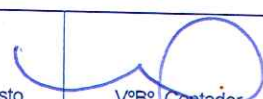
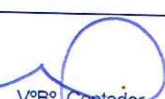
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MIL CUARENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 3,400  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 3,400  
 IVA 646  
 TOTAL FACTURA 4,046

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-07-2014 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
20	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	1,675	33,500

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	33,500
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,365
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,865

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



FECHA: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

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

 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.

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

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


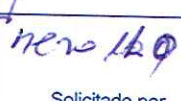


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BARRE HOJAS		
6	INSECTICIDA RAID MATA ARANAS	2,250	4,500
10	LISOFORM AEROSOL	1,200	7,200
10	PANOS ESPONJA	1,236	12,360
		273	2,730
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870	8,700
6	PORTA TOALLA JUMBO P/ROLLO DE 300 MTS.	5,463	32,778
4	RENOVADOR DE GOMA PARA AUTOMOVIL KIT 440 CC.	1,290	5,160
4	ROLLO ALUSA PLAS	414	1,656
10	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234	2,340
4	SILICONA AUTOMOVIL KIT SPRAY 480 CC.	1,555	6,220

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	83,644
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,644
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	15,892
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	99,536

SON : NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

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 03-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	BOLSA BASURA 80X110	575.00	11,500
8	CLORO GEL	726.00	5,808
15	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	841.00	12,615
5	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	12,250
2	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700.00	5,400
30	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	188,520

**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	236,093
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	236,093
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	44,858
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	280,951
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DOSCIENTOS OCHENTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es) COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°1

de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar

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


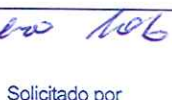

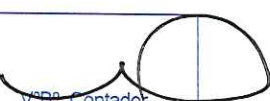
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	PINZA DE CURACIONES O EXAMEN ACERO CURVA	714.0	21,420
25	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,200.0	30,000
5	COMPOSITE JERINGA Z-250 COLOR C4	9,209.0	46,045
2	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	10,420
2,000	VASO DESECHABLES	9.0	18,000

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	125,885
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	125,885
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	23,918
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	149,803

SON : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.0	6,052
10	PORTA DISCO SOFLEX	1,513.0	15,130
25	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.0	23,100
20	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	4,286.0	85,720
15	ESCOBILLA PULIR MINI TIPO PENACHO	395.0	5,925
10	DURAPHAT COLGATE	16,639.0	166,390
5	CUBETAS MEDIANAS AMARILLAS X 20 UD.	2,521.0	12,605
2	AMPOLLETA PARA LAMPARA FOTOCURADO PHILIPPS	14,202.0	28,404
2	AMALGAMA (DEGUSSA) 30 GR.	14,958.0	29,916
7	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.0	21,175
3	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	13,025.0	39,075


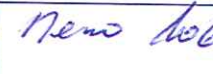

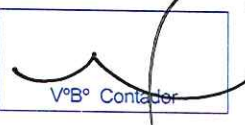
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	433,492
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	433,492
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	82,363
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	515,855

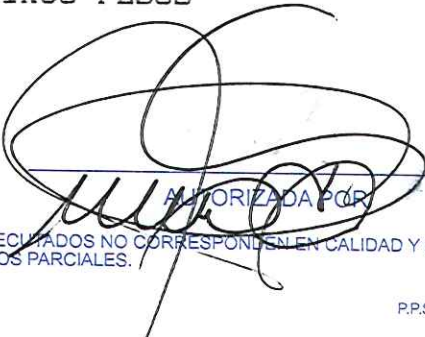
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS QUINCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°20756

y/o ejecutar, 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	TORULAS GRANBERRY X 500 UNDS.	2,130.0	63,900
20	PINCELES	2,300.0	46,000
15	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,070.0	16,050
5	PARAMONOCLORAFENOL	4,690.0	23,450
2	PAPEL ARTICULAR	2,150.0	4,300
5	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.0	8,750
10	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380.0	33,800
48	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N   4	530.0	25,440
48	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N   5	530.0	25,440
3	DISCO SOF LEX CHICO GRUESO NEGRO	10,850.0	32,550
5	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.0	6,000
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	52,500
2	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 COLOR A.4	13,500.0	27,000
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	137,500


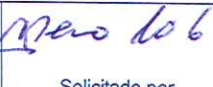

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

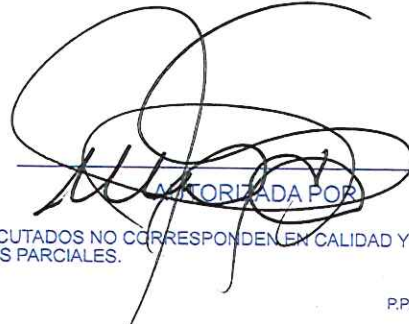
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	502,680
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	502,680
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	95,509
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	598,189

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es) 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 01-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	YESO EXTRADURO	1,820.0	36,400
2	ALVEOGEL	17,680.0	35,360
4	ESPATULA DE COMPOSITE TEFLON C/EXTREMO (CONDENSADOR)	12,720.0	50,880
30	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA ( AMARILLA ) 862-C-010	1,450.0	43,500
30	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA ( AMARILLA ) 862-C-012	1,450.0	43,500

**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


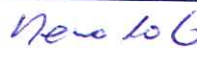

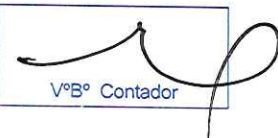
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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

VALOR NETO 209,640  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 209,640  
IVA 39,832  
TOTAL FACTURA 249,472

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS 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 CANTIDAD 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 Fecha 03-07-2014 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.

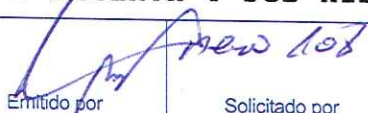
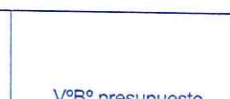


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
25	BANDEJA EXAMEN A2B	972.0	24,300
3	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,891.0	5,673
2,500	VASO DESECHABLES	9.0	22,500

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

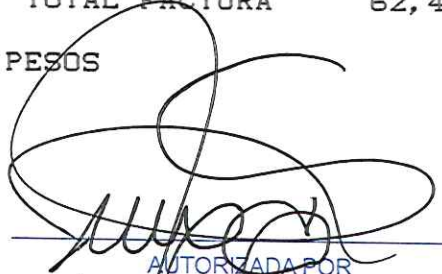
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	52,473
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	52,473
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	9,970
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,443

SON : SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



Señor(es) COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 03-07-2014 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	LIMAS K 10 EN 21 MM MAILLEFER CAJA 6 UNDS.	5,131.0	51,310
20	YESO PIEDRA AMARILLO	1,200.0	24,000
25	BANDEJA EXAMEN A2B	972.0	24,300
10	CONOS DE PAPEL GAPADENT 15-40	1,600.0	16,000
3	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,891.0	5,673



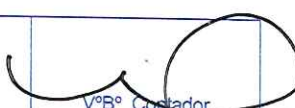
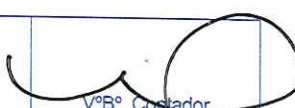
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

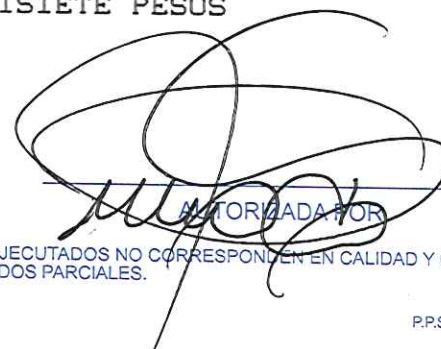
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	121,283
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	121,283
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,044
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	144,327

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS 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.

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	GORROS DESECHABLES	1,513.0	3,026
10	BARNIZ FLUOR DURAPHAT COLGATE	16,639.0	166,390
3	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.0	4,539


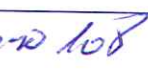

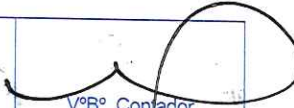
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	173,955
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	173,955
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	33,051
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	207,006

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SIETE MIL SEIS 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: 02-07-2014

Señor(es) CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 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	PASTA ZINQUENOLICA CAVEX	10,756.0	107,560
20	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.0	60,500
10	BARNIZ FLUOR DURAPHAT COLGATE	16,639.0	166,390
6	PUNTA DE ULTRASONIDO UDS-K WOODPECKER PUNTA N° G6 Und.	9,916.0	59,496
6	PUNTA DE ULTRASONIDO UDS-K WOODPECKER PUNTA N° G1 Und.	9,916.0	59,496
3	FRESON METALICO P/ACRILICA MEISSINGER ALEMANIA	3,193.0	9,579
30	FRESAS TRANSMETALICAS A/V (DORADA)	4,286.0	128,580
3	PIMPOLLO DE DIAMANTE ROSADO (DESGASTA ACRILICO)	1,513.0	4,539
3	PIMPOLLO TRIMER P/ACRILICO MEISSINGER ALEMANIA VERDE	2,017.0	6,051
3	RETRACTOR GINGIVAL SOLUCION	1,513.0	4,539

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


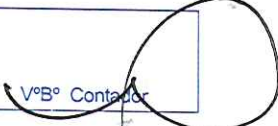
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

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 606,730  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 606,730  
IVA 115,279  
TOTAL FACTURA 722,009

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS VEINTIDOS MIL NUEVE PESOS

	new cob	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-07-2014

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°20756 de Fecha 04-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, 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	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.0	17,500
10	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,670.0	16,700
6	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	82,500
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.0	4,500
10	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.0	4,510
6	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,500.0	63,000
10	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.0	12,000
10	PINCELES	2,300.0	23,000
6	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCO	18,750.0	112,500

**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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	336,210
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	336,210
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	63,880
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	400,090

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS MIL 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°20756

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

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

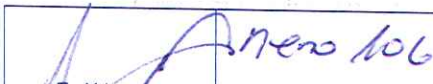
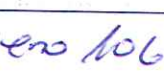

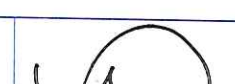
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LIMAS H 15-40 21 MM MAILLEFER	4,430.0	44,300
10	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.0	17,500
20	YESO CORRIENTE X LT.	990.0	19,800
4	OXIDO DE ZINC	550.0	2,200
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	137,500
10	BANDA PARA MATRIZ ANCHA	451.0	4,510
3	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.0	4,800
20	ALGINATO JELTRATE NORMAL	3,350.0	67,000
10	BANDA PARA MATRIZ ANGOSTA 5 mm	450.0	4,500
6	COMPOSITE COMPOSITE Z-250 A3.5	10,500.0	63,000
6	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. CELESTE	10,850.0	65,100
6	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR NEGRO	10,850.0	65,100
6	DISCOS DE LIJA SOF-LEX CHICOS NEGRO	10,850.0	65,100
2	EUGENOL	350.0	700
10	PINCELES	2,300.0	23,000
6	VISIOTEK (MASCARA FACIAL)	28,500.0	171,000
6	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCCO	18,750.0	112,500

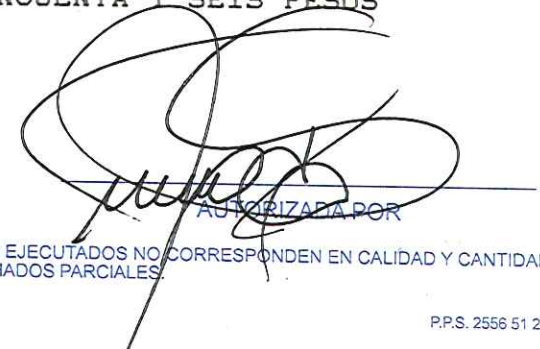
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	867,610
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	867,610
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	164,846
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,032,456

SON : UN MILLON TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS 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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	MOPAS CHICAS humeda de algodón	2,626.00	26,260





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


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

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	26,260
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,260
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	4,989
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,249

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS 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.



FECHA: 02-07-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At: Sr:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 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
9	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	1,550.00	13,950
5	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	4,000.00	20,000
30	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.00	6,300


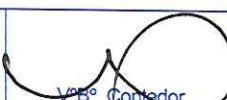
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

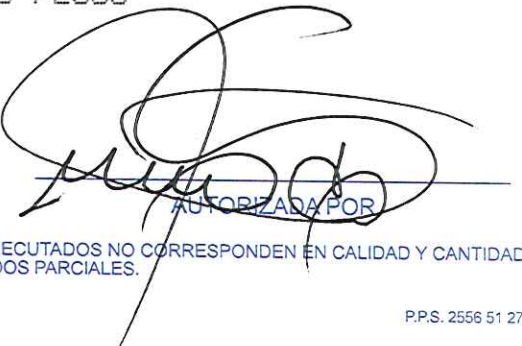
CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	40,250
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,250
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	7,648
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	47,898

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

		
Emisor por	Solicitado por	V°B° presupuesto

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	REMOVEDOR DE CERAS ENV. 20 LTS. WINZA-092	20,572.00	20,572
2	PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA ( WINZA )	4,050.00	8,100
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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

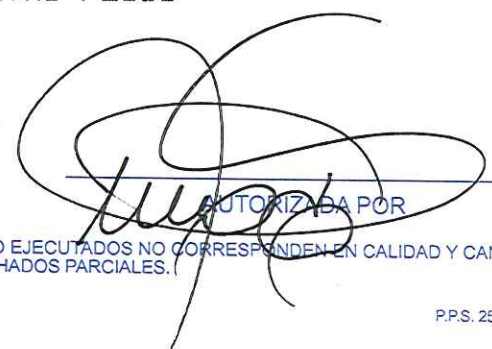
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	65,440
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	65,440
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	12,434
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	77,874

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y SIETE 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 ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	1,550.00	4,650
3	CERA ACRILICA AUTOBRILLO ENV.20 LTS. WINZA-139 ROJA	32,400.00	97,200

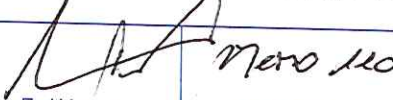
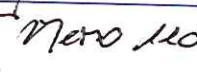


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	101,850
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	101,850
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	19,352
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	121,202

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTIUN MIL DOSCIENTOS 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: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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
6	ESCOBA RAMA NORMAL ( WINZA )	4,000.00	24,000
2	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-1500	9,675.00	19,350
10	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	50,780
20	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.00	4,200

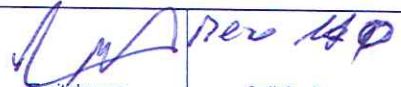
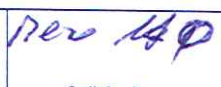


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	107,630
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	107,630
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	20,450
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	128,080

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTIOCHO MIL OCHENTA 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): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MOPA HOGAR C/MANGO ( WINZA )	1,500.00	4,500
1	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	5,078

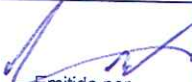
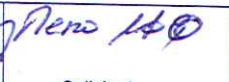

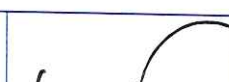
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NIETO	9,578
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,578
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	1,820
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,398

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : ONCE MIL TRESCIENTOS NOVENTA 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.



ORDEN DE COMPRA

97

071723

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 7972286015

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	DANZARINAS 35X35 ( WINZA )	210.00	2,100

**LA 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	2,100
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,100
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	399
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,499

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 1  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA ( WINZA )	1,550.00	4,650

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	4,650
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,650
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	884
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,534

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CINCO MIL QUINIENTOS 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: 02-07-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-07-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	15,514
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	12,690.00	12,690

**LA 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

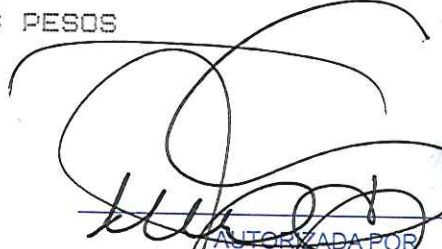
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	28,204
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,204
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	5,359
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,563

SON : TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA 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: 02-07-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

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

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-07-2014 sírvase despachar

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


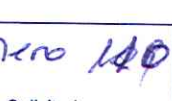

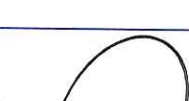
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	27,920
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	15,514

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	43,434
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,434
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,252
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,686

SON : CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS 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: 02-07-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-07-2014 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.


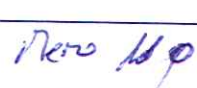
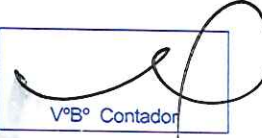
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	155,140

**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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	155,140
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	155,140
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	29,477
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,617

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISIETE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



071718

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

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 01-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,653.00	45,224
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	77,570


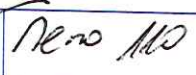

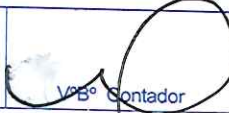
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

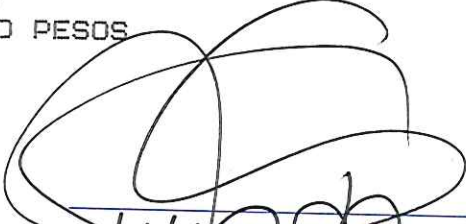
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	122,794
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	122,794
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	23,331
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	146,125

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

071717

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-07-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización Nº 1

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,653.00	45,224
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	77,570
6	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	12,680.00	76,080
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	12,690.00	25,380
3	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	23,484

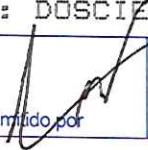
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	247,738
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	247,738
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	47,070
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	294,808

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS

	<i>new 110</i>		
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: 02-07-2014

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 01-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


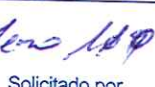


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	46,542
2	JABON LIQ. ECONOMICO BIDON ( DISTRIB. MILAN )	4,068.00	8,136


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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	54,678
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	54,678
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	10,389
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,067

SON : SESENTA Y CINCO MIL SESENTA 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: 02-07-2014

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 01-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

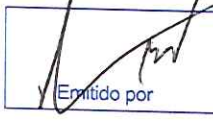

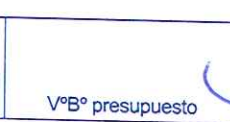
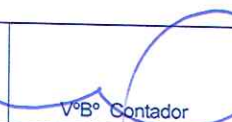
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	5,653.00	33,918
6	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	41,880
12	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,757.00	93,084
12	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,459.00	65,508
2	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	15,656
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	12,680.00	12,680

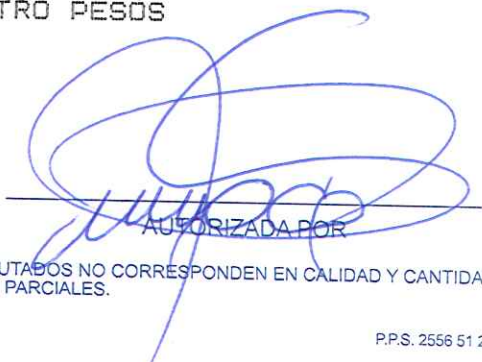
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	262,726
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	262,726
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	49,918
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	312,644

SON : TRESCIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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



Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 01-07-2014 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	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	6,980.00	69,800
1	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS ( CAJA 18 PQS.)	13,855.00	13,855
2	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	7,828.00	15,656
7	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	5,459.00	38,213

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	137,524
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	137,524
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	26,130
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	163,654

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

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

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

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 01-07-2014 sírvase despachar


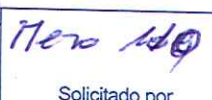


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	JABON LIQ. ECONOMICO BIDON ( DISTRIB. MILAN )	4,068.00	4,068

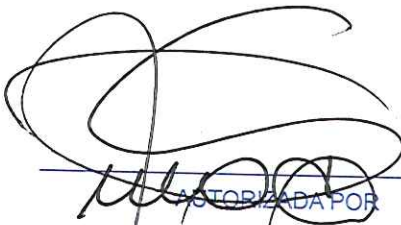
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	4,068
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,068
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	773
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,841
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CUATRO MIL OCHOCIENTOS 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.



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 01-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	7,757.00	38,785


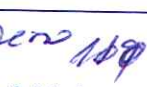


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	38,785
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,785
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	7,369
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,154

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA 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° 1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 01-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TOALLA ELITE DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS ( CAJA 18 PQS. )	13,855.00	83,130
6	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	12,680.00	76,080

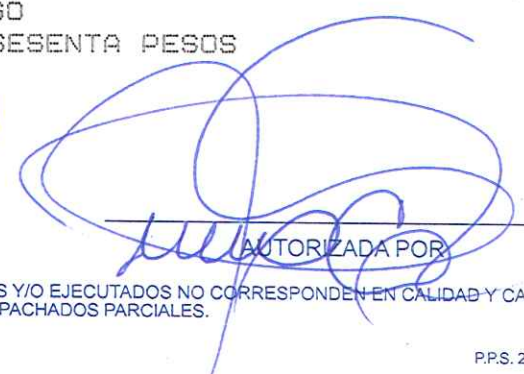
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	159,210
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	159,210
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	30,250
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	189,460

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

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): 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.


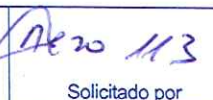


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	AZUCAR 1KG IANSA	460.00	2,300
5	TE LIPTON ETIQUETA NEGRA CAJA X 100	2,456.00	12,280

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

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	14,580
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,580
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,770
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,350

SON : DIECISIETE MIL TRESCIENTOS 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: 02-07-2014

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
6	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC. CON SABOR	420.00	2,520
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 500 CC. CON SABOR	354.00	4,248
24	COCA-COLA LIGHT 1500 CC POR UNIDAD	741.00	17,784


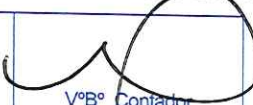
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	24,552
DESTINO : ADMINISTRACIÓN CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,552
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,665
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,217

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS

	<i>Rero 113</i>	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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



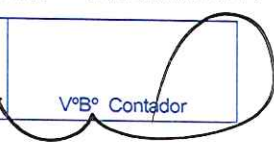
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GRS.	2,887.00	28,870

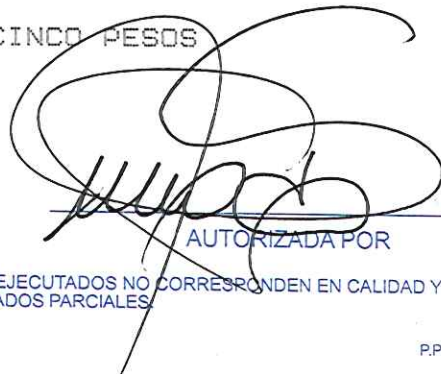
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	28,870
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,870
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,485
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,355

SON : TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 4

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	22,410
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,834.00	27,510


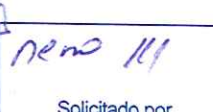


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	49,920
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	49,920
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	9,485
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	59,405

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y NUEVE 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: 02-07-2014

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 04-07-2014 sírvase despachar

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


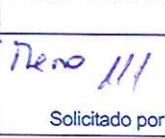
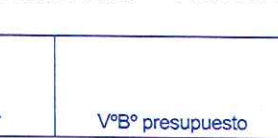
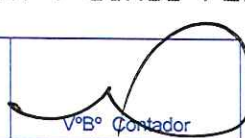
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	779.00	3,895


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	3,895
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,895
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	740
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,635

SON : CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA  
De acuerdo a su cotización N°14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

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


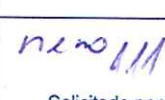

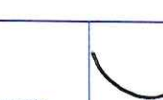
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	PILAS AAA x 4	1,434.00	21,510

**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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): ILLUP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 4

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

y/o ejecutar, 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

**LA 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	91,700
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	91,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	17,423
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	109,123

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NUEVE MIL CIENTO VEINTITRES 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

6808010

Teléfono:

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

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

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

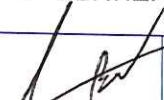
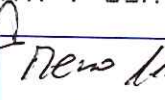


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	525.00	5,250
20	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	303.00	6,060
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	33.00	1,650
2	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	6,972.00	13,944
20	SACA PUNTAS METALICO	85.00	1,700
20	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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	37,084
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,084
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	7,046
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,130

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



FECHA: 02-07-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

De acuerdo a su cotización N° 14

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	271.00	1,084
4	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	250.00	1,000
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	227.00	4,540
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	4,540
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	227.00	4,540
15	REGLA 20 CM. TRANSPARENTE	59.00	885
10	TEMPERA 12 COLORES ARTEL	669.00	6,690

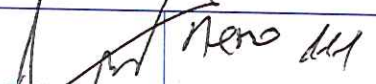
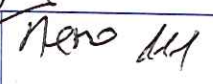


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	23,279
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,279
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	4,423
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,702

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	DESTACADOR CELESTE	159.00	795
5	DESTACADOR NARANJO	159.00	795
5	DESTACADOR ROSADO	159.00	795
5	DESTACADOR VERDE	159.00	795
6	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	1,150.00	6,900
6	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILO T	1,150.00	6,900
6	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA ROJO PILOT	1,150.00	6,900
100	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	84.00	8,400
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	92.00	4,600
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	92.00	4,600
4	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE NEGRO DOBLE PUNTA 36 115NG	575.00	2,300
4	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 361 15AZ	575.00	2,300
4	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE ROJO DOBLE PUNTA 361 15RJ	575.00	2,300
3	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCGM 2MM DORADO	1,328.00	3,984
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	46.00	920
10	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	83.00	830
10	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	83.00	830

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	54,944
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	54,944
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	10,439
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,383

SON : SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

Emisor por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	4,550
10	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	1,180.00	11,800
12	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	3,840
100	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	5,600
15	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	159.00	2,385
30	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	215.00	6,450
30	CARTULINA PINTAD 53X75 NEGRO ARTEL	124.00	3,720
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	2,540
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	2,540
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	127.00	2,540
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	127.00	2,540
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	127.00	2,540
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	2,540
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	127.00	2,540
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	127.00	2,540
10	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	921.00	9,210
3	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	2,776.00	8,328
10	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	290.00	2,900
5	DESTACADOR AMARILLO	159.00	795

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	79,898
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	79,898
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	15,181
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	95,079
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : NOVENTA Y CINCO MIL SETENTA Y NUEVE PESOS

Expedido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

FECHA: 02-07-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	1,420
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	3,500
10	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	690.00	6,900
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	677.00	6,770
10	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X 40 MT.	275.00	2,750
4	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALD	539.00	2,156
10	TIJERAS GRANDE	352.00	3,520

**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 : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	27,016
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,016
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	5,133
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,149

SON : TREINTA Y DOS MIL CIENTO CUARENTA 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): ELECTRONICA Y COMERCIAL SISTEMA LTDA. 782889109

Dirección: PUDETO 6908

Teléfono: 2837033

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N° 07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 12-06-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	2,100.0	105,000

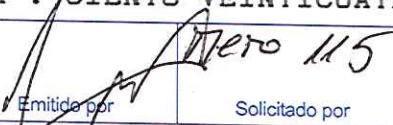
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	105,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	105,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,950
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	124,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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°07  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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

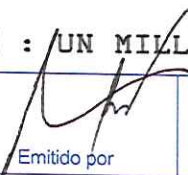
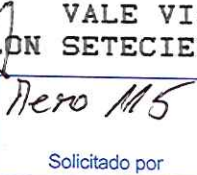
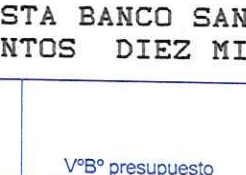
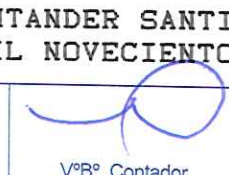
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	698,000
7	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757.0	54,299
15	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	269,850
30	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pqs. 300mts x 20cms (10811)	13,855.0	415,650

**LA 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	1,437,799
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,437,799
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	273,182
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,710,981

SON : UN MILLON SETECIENTOS DIEZ MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

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



FECHA: 10-07-2014

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 08-07-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BALNCOS PAQ. X 1000	5,990.0	179,700
60	SAQUITOS DE PAPEL 1/4 blancos PAQ. X 1000	5,550.0	333,000

**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 512,700  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 512,700  
IVA 97,413  
TOTAL FACTURA 610,113

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS DIEZ MIL CIENTO TRECE 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.

FECHA: 10-07-2014

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

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N°1 de Fecha 08-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 3ml X 150	3,000.0	15,000
10	JABON GEL CON ALCOHOL ALCOGEL BOT. X 340 ML.	1,200.0	12,000
5	AGUJAS DESECHABLES 25G X 1 B.D. X 100	1,300.0	6,500
15	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1 1/2	1,300.0	19,500

**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	53,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	53,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,070
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,070

SON : SESENTA Y TRES MIL SETENTA 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) MEDIPLEX S.A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	MASCARILLA DE OXIGENO ADULTO CON NEBULIZADOR N 1885	991.0	99,100



**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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	99,100
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	99,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,829
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	117,929

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTINUEVE PESOS

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): AG. INTERNACIONAL 968100602

Dirección: LA CONCEPCION 332 LOCAL 102

2640171

Teléfono:

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


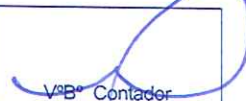
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	APRENDO A COMPRENDER 4 A 6 BASICO COD 4LEG-0104	15,042.00	15,042
1	APRENDO A COMPRENDER 5 A 7 BASICO COD 4LEG-0105	15,042.00	15,042
1	APRENDO A REDACTAR 5 COD 6ARD-0005	12,521.00	12,521

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

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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	42,605
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	42,605
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	8,095
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,700
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA MIL SETECIENTOS PESOS		

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es) COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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

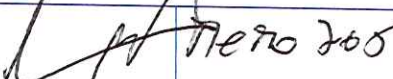
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MICROMOTOR MARCA NSK TERMINAL MIDWEST	100,000.0	100,000

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	100,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	100,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	19,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	119,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO DIECINUEVE MIL PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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 P/PERSONA MODELO 700 220 KG. x 50 GRS. MECANICA CON TALLIMETRO	219,800.0	219,800

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

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

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	219,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	219,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	41,762
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	261,562

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



Señor(es) INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

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
123	FLUOXETINA 20 MG. x 30 CAPS. (CLINIUM)	1,000.0	123,000


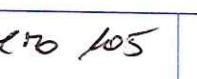


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

071782

FECHA: 08-07-2014

Señor(es): SOCIEDAD CILA LTDA. 832176001

Dirección: SALVADOR DONOSO 128

Teléfono: 7777262

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
 y/o ejecutar, 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	PUNTA SCALER ULTRASONIDO MODELO E8D NSK	23,529.4	94,118

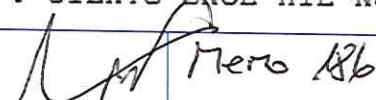
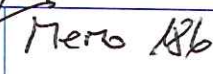
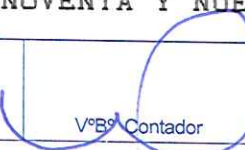
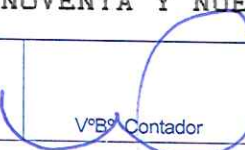
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	94,118
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	94,118
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	17,882
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	112,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO ONCE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es): 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
10	ABREBOCA PLASTICO (SEPAR. /LABIOS) TRASP. ADULT O DENTOJET	3,000.0	30,000

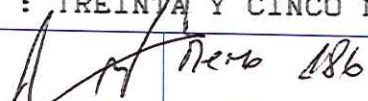
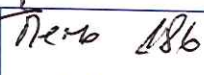


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 30,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 30,000  
 IVA 5,700  
 TOTAL FACTURA 35,700

SON : TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS 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: 08-07-2014

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

Dirección: PROVIDENCIA 2994 LOC. 111

Teléfono: 2323114

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


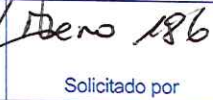
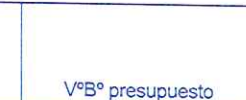

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	VISTA-TEC KIT 1 MARCO + 3 LAMINAS	24,369.7	73,109

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

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : OCHENTA Y SIETE MIL PESOS

VALOR NETO 73,109  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 73,109  
 IVA 13,891  
 TOTAL FACTURA 87,000

 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.



Señor(es) DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

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

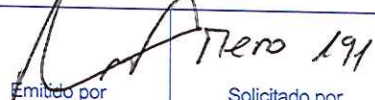
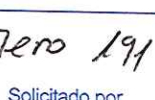


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	FRESA FG 847 Ø12 MEISSINGER ELEMEN	1,520.0	9,120
6	FRESA FG 847 Ø14 MEISSINGER ALEMEN	1,520.0	9,120
6	FRESA FG 847 Ø16 MEISSINGER ALEMEN	1,520.0	9,120

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	27,360
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	27,360
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	5,198
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,558
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS 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: 08-07-2014

Señor(es): VICTOR MONTOYA GERTNER 115017950

Dirección: EDISON 4647

At.: Sr. BERNARDITA ANGULO

Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ESTANTE DE MADERA DE DIFERENTES COLORES PARA R INCONES DE TRABAJO MEDIDAS 180 X 36 X 80 H	115,000.00	690,000

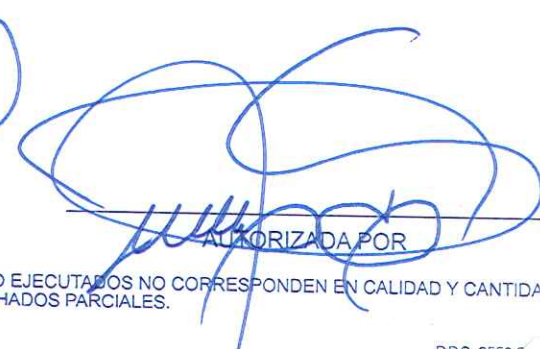
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424267 FAGEM B  
 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 : OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL CIEN PESOS

VALOR NETO 690,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 690,000  
 IVA 131,100  
 TOTAL FACTURA 821,100

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

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



Señor(es) LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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


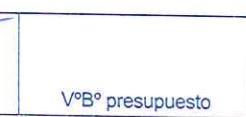
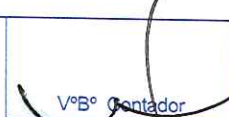
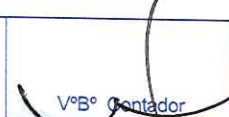
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
64	CITALOPRAM 40 MG. x 30 COMP.	5,900.0	377,600

**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 FONOS: 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 : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	377,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	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
---	---	---	--



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

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

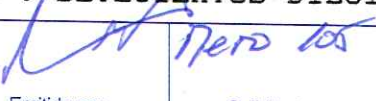


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
102	CITALOPRAM 40 MG. x 30 COMP.	5,900.0	601,800

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	601,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	601,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	114,342
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	716,142

SON : SETECIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO 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.



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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
48	CITALOPRAM 40 MG. x 330 COMP.	5,900.0	283,200


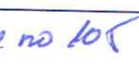

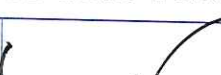
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	283,200
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	283,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	53,808
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	337,008

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE 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) 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.


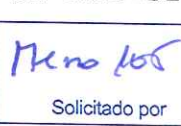

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VITAMINA A C D GOTAS x 25 FRASCOS	21,250.0	85,000

**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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	85,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	85,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	16,150
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,150

SON : CIENTO UN MIL CIENTO CINCUENTA PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADO POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): WINPHARM SPA 760797820

Dirección: AV. EL RETIRO PARQUE LOS MAITENES 1287

Teléfono: 9644124

At.: Sr. CLAUDIA KEIL  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PREDNISONA JARABE 20MG./5ML. x 25 FRASCOS	27,500.0	27,500

**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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	27,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	27,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,225
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,725

SON : TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS

 Emitido por	Meno 103 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) 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
4	METRONIDAZOL 500 MG. x 500 COMP.	53,500.0	214,000
35	FLUCONAZOL 150 MG. x 100 COMP.	19,800.0	693,000


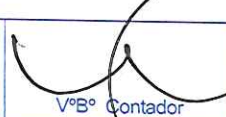
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

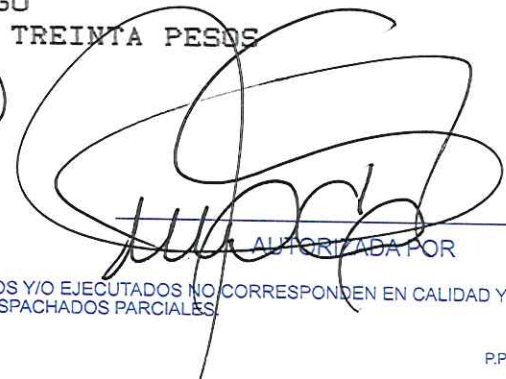
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	907,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	907,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	172,330
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,079,330

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SETENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS

 Emitido por	<i>reno los</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): CHEMOPHARMA S. A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



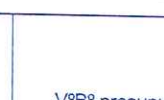
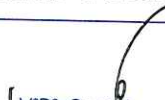
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	IBUPROFENO JBE. 200MG. x 25 FCO. (IBUPIRAC FORTE)	17,000.0	34,000

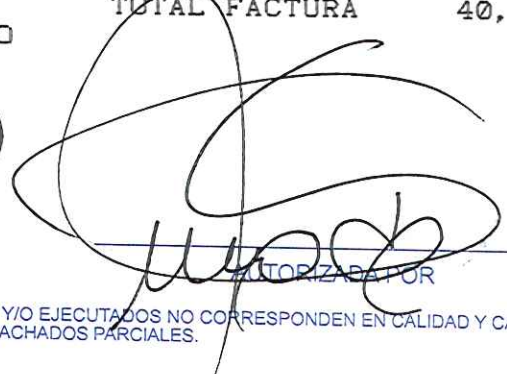
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	34,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	34,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	6,460
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,460

SON : CUARENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


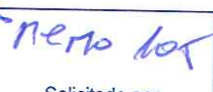


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
19	IBUPROFENO JBE. 200 MG. x 25 FCOS. (IBUPIRAC F ORTE)	17,000.0	323,000

**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	323,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	323,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	61,370
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	384,370

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Cotizador
---	---	---	---

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.:  
 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
3	CARGA DE GAS DE 15 KG. CLASICO	16,966.3	50,899

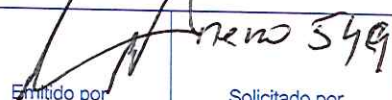
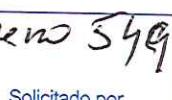
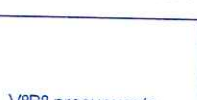

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS  
 DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 50,899  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 50,899  
 IVA 9,671  
 TOTAL FACTURA 60,570

SON : SESENTA MIL QUINIENTOS SETENTA 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: 08-07-2014

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

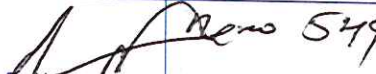

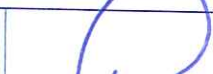

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS DE 11 KG. CLASICO	12,806.7	12,807
1	CARGA DE GAS DE 15 KG. CLASICO	16,966.3	16,966

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	29,773
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	29,773
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,657
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,430

SON : TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 08-07-2014

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.

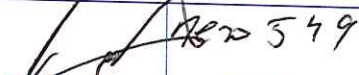
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS DE 45 KG. CLASICO	42,546.2	42,546
2	CARGA DE GAS DE 11 KG. CLASICO	12,806.7	25,613

**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 : MINICONSULTORIO LOMA LARGA  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : OCHENTA Y UN MIL CIENTO NUEVE PESOS

VALOR NETO 68,160  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 68,160  
 IVA 12,950  
 TOTAL FACTURA 81,110

	549		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTE ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD  
 O 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 DE 11 KG. CLASICO	12,806.7	25,613
2	CARGA DE GAS DE 5 KG. CLASICO	7,663.8	15,328

**LA 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

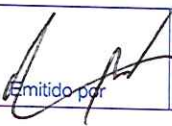
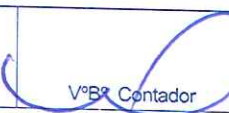
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS  
 DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 40,941  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 40,941  
 IVA 7,779  
 TOTAL FACTURA 48,720

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS

	Remo 549	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador



OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 08-07-2014

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIAL TEKMA LIMITADA 777762400

Dirección: PEREZ VALENZUELA 1098 OF 1

Teléfono: 2264 1652

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


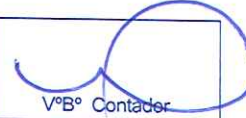
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TINTA RICOH JP30	9,120.00	91,200
10	MASTER RICOH JP12	34,200.00	342,000


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	433,200
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	433,200
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	82,308
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	515,508

SON : QUINIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS 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.

071762

FECHA: 08-07-2014

Señor(es): LIBROS TECNICOS P Y P LTDA. 760494593

Dirección: LOS QUILLAYES 7744

Teléfono:

At.: Sr. GUILLERMO MANCILLA  
 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	ALARGADORES TIPO ZAPATILLA 10 MTS	21,750.00	65,250
12	PARLANTES MAS CABLES	5,225.00	62,700


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	127,950
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	127,950
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	24,311
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	152,261

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y UN PESOS

 Emitido por	Fondo B Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 08-07-2014

Señor(es): DIMACOFI S.A. 920830005

Dirección: AV. VITACURA 2939 PISO 15

Teléfono: 2229177

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


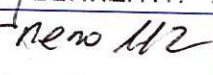

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	TINTA NEGRA RISO CZ-180 ORIGINAL COD 41364	15,390.00	123,120

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	123,120
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	0
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	SUB-TOTAL
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	123,120
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	IVA
		23,393
		TOTAL FACTURA
		146,513

SON : CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS TRECE 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: 08-07-2014

Señor(es) ACCOR CHILE S.A. 968703706

Dirección: AVDA AMERICO VESPUCIO NORTE 1630

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SALON DARWIN PARA EL 11/07/14 DE 09:00 A 13:30 HS	95,000.00	95,000
7	COFFEE BRAKE PARA 7 PERSONAS (CAFE, TE, JUGOS, GALLETAS)	6,000.00	42,000
7	ALMUERZO 7 PERSONAS (ENTRADA, PLATO DE FONDO, POSTRE)	20,000.00	140,000


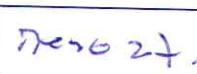
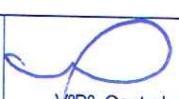
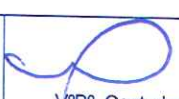
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424114 SEMIN.Y ENCUENTROS	VALOR NETO	277,000
DESTINO : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	277,000
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	52,630
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	329,630

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TROCIENTOS VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS 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: 02-07-2014

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.

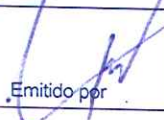

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	CARGA DE GAS DE 15 KILOS CLASICO	16,966.39	118,765

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	118,765
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	118,765
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	22,565
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	141,330

SON : CIENTO CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTINUEVE PESOS

	534	
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) DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N°1 de Fecha 01-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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 PEESO I	6,530.0	19,590
2	FRESON PEESO II	6,530.0	13,060
3	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	1,030.0	3,090
3	FRESA BAJA VELOCIDAD LLAMA EXTRALARGA DIAMANTE 862-016	1,450.0	4,350
3	FRESA A/V DIAMANTE TRONCO CONICA 017	1,450.0	4,350
2	BLOCK MEZCLA V. IONOMERO	510.0	1,020
7	ARCO DE YOUNG METALICO	1,050.0	7,350
2	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	9,600.0	19,200
2	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	9,600.0	19,200
3	ALICATE PUNTA REDONDA	3,750.0	11,250


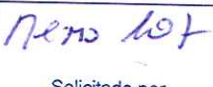


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	102,460
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	102,460
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	19,467
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	121,927

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTIUN MIL NOVECIENTOS 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.



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 01-07-2014 sírvase despachar

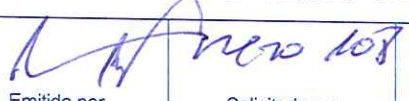
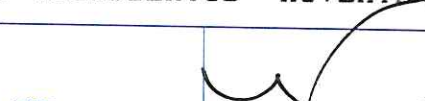
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	SILICONA SPEEDEX SUIZO MEDIUM 140 ML	5,450.0	16,350
4	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	5,450.0	21,800

**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 : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	38,150
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,150
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	7,249
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,399

SON : CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---	------------------	---------------

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°1

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PORTA AGUJA MAYO	1,190.0	4,760
3	MONOJET ( JERINGAS DE IRRIGACION ) CAJ X 100	16,600.0	49,800
1	GOMA DIQUE 5X5 VERDE	3,740.0	3,740
4	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,200.0	4,800
3	CONOS GUTAPERCHA 30 AL 2% DENSPLY	2,948.0	8,844
4	ESPATULAS CEMENTO	486.0	1,944
4	ESPATULA DE LECRON	748.0	2,992
3	CONOS GUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	2,948.0	8,844
4	ESPATULAS DE CERA	470.0	1,880
3	CONOS GUTAPERCHA 35 AL 2%	2,948.0	8,844
2	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	10,420

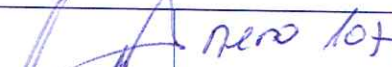

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	106,868
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	106,868
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	20,305
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,173

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es) COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N°1 de Fecha 03-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

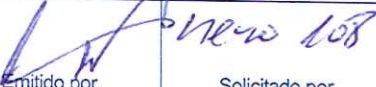
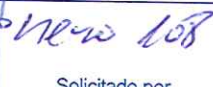
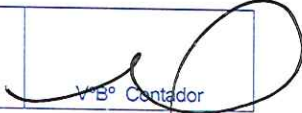
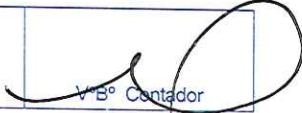
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,824.0	7,648
500	VASO DESECHABLES	9.0	4,500
1	PERNO FIBRA DE VIDRIO RELIX POST FIBER 3M	60,250.0	60,250
2	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,824.0	7,648

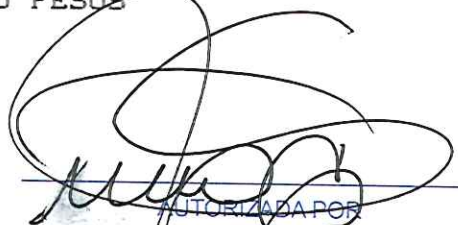
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	80,046
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80,046
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	15,209
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	95,255

SON : NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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.

FECHA: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

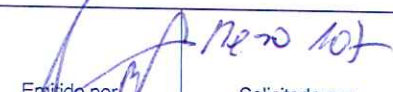
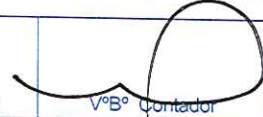
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	MICROPILCELES DENBUR X 150 MORADO UDS.	3,445.0	3,445
7	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	924.0	6,468
3	FRESON DE ACERO (GRANO GRUESO) HM79 - 040	12,437.0	37,311
3	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	4,286.0	12,858
2	ESPATULAS DE COMPOSITE DORADA C/CONDENSADOR	8,235.0	16,470
1	DYCAL ( MARCA DENTSPLY ) CAJA MORADA	7,395.0	7,395
2	CUCHILLO KIRKLAN	26,050.0	52,100
1	AGUJA SUTURA 4/0 MR CAJ X 36 UNIDS	22,521.0	22,521
1	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.0	3,025

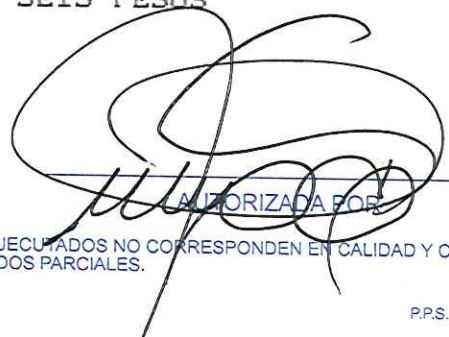
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	161,593
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	161,593
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	30,703
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	192,296

SON : CIENTO NOVENTA Y DOS 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: 02-07-2014

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 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	13,025.0	26,050
8	SILICONA SPEEDEX COLTENE SUIZO ACTIVADOR 60 ML	6,555.0	52,440
3	SEDA DENTAL	924.0	2,772
3	PIMPOLLO SILICONADO P/M GRIS	1,176.0	3,528
1	PASTA ZINQUENOLICA CAVEX	10,756.0	10,756

**LA 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

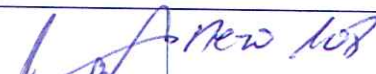
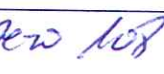
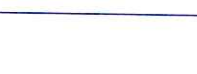
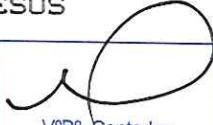
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR  
 DESTINO : CASA MARLIT  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 95,546  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 95,546  
 IVA 18,154  
 TOTAL FACTURA 113,700

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TRECE 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.

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 20756 \*\* 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 04-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIMAS K 15-40 25 MM	5,070.0	5,070
3	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,750.0	5,250
1	OPALDAM 4 JERINGAS COD. 00325-0	27,730.0	27,730
3	NATIVIP SURTIDAS CAL 29 GA. 20 COD 5116	22,050.0	66,150
1	EUGENOL	350.0	350
2	ESPEJOS ( ACTUAL INOXIDABLE ) N   5	530.0	1,060
2	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	21,000
3	ENDO ICE	14,500.0	43,500
2	DIENTES MARCHE COLOR 46 - 8	1,500.0	3,000
2	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,200.0	2,400
2	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,500.0	21,000
7	ALGINATO JELTRATE PLUS RAPIDO 454 GRS	2,930.0	20,510
3	AGUJA SUTURA 3/0 ETIKON USA	26,500.0	79,500
9	ADHESIVO P/CUBETA COLTENE 10 ML	6,500.0	58,500


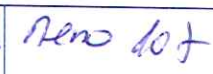


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

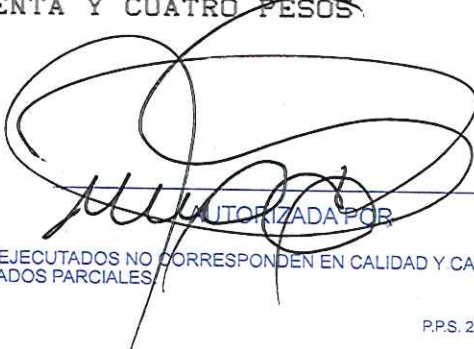
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	355,020
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	355,020
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	67,454
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	422,474

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS 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: 02-07-2014

Señor(es) TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°20756  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 04-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCO	18,750.0	75,000
2	ULTRACALL 4 JERINGAS DE 1.2 ML. + PUNTAS DE AP LICACION	39,390.0	78,780
2	PAPEL ARTICULAR HERRADURA BICOLOR 12 L	3,300.0	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	160,380
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	160,380
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	30,472
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	190,852

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-07-2014

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 01-07-2014 sírvase despachar



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ANESTESIA 2% (VASO CONT 1:50.000) 2%/CJ*50 AMP	7,600.0	152,000
1	ALVEOGEL	17,680.0	17,680

**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 : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	169,680
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	169,680
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	32,239
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	201,919

SON : DOSCIENTOS UN MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS

 Emitido por	<i>New 106</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contado
--	-------------------------------	------------------	---

  
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es) **COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603**

Dirección: **AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335**

Teléfono:

At.: Sr.: **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N°1 de Fecha **03-07-2014** sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

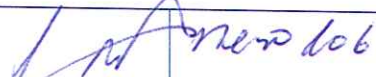
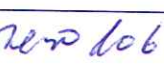

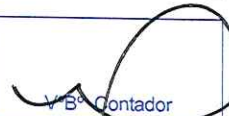
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
400	VASO DESECHABLES	9.0	3,600
5	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,200.0	6,000
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	5,210

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	14,810
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,810
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,814
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,624

SON : DIECISIETE MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-07-2014

Señor(es) CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°1

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO COLOR UNIVERSAL	13,025.0	26,050
5	SEDA DENTAL C/CERA DURALON X5 MTS.	924.0	4,620

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	30,670
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,670
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,827
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,497

SON : TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	<i>new job</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): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 20756 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 04-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA	1,670.0	1,670




**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	1,670
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,670
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	317
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,987

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	<i>New Job</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	---	--

PROVEEDOR

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 02-07-2014

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 01-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	1,130.0	22,600
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-018	1,130.0	33,900
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-016	1,130.0	22,600
40	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-012	1,130.0	45,200
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-010	1,130.0	33,900
30	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	1,030.0	30,900
30	FRESA ARKANZAS REDONDA A/V	1,500.0	45,000
10	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	1,030.0	10,300
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 012	1,030.0	20,600
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA DE BORDE HM 41 - 018	3,690.0	73,800
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 010	1,030.0	20,600
30	FRESA ARKANZAS PINO A/V MEISINGER	1,500.0	45,000
30	FRESA ARKANZAS LLAMA A/V	1,500.0	45,000
10	EXTRACTOR PULPAR VERDE	2,190.0	21,900
4	EXTRACTOR PULPAR NEGRO	2,190.0	8,760
10	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	9,600.0	96,000

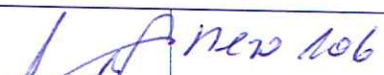



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	576,060
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	576,060
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	109,451
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	685,511

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS ONCE 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): FARMACIA RECCIUS S.A. 945930004

Dirección: SAN ANTONIO 229

Teléfono:

At: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 07 de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, 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	FLURCEINA CINTAS	44,550.00	445,500

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	445,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	445,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	84,645
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	530,145

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS TREINTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS

	<i>nero MS</i>		
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 LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VENDA DE GASA ELASTOMULL 10CM.X4MT. CJ/20 UN.	6,433.0	64,330

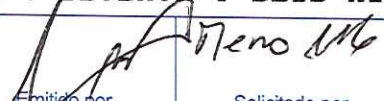
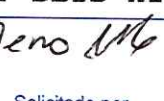
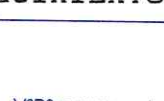
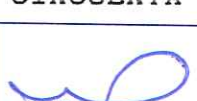
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	64,330
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	64,330
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	12,223
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	76,553

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07  
 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 09-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	BAJA LENGUAS DE MADERA CJ x 100 UND	613.0	9,195
100	SABANILLA ABSORVENTE	2,460.0	246,000


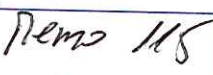


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	255,195
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	255,195
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	48,487
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	303,682

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

 Emitted by	 Requested by	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	SONDA NELATON DESECHABLE N° 12 X5	475.00	4,750
50	SONDAS DE ASPIRACION NELATON ESTERILES DESECHABLES N° 10	95.00	4,750
50	SONDAS DE ASPIRACION NELATON ESTERILES DESECHABLES N° 8	95.00	4,750
10	RECOLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	400.00	4,000
10	JERINGA 5 CC. TERUMO X 100	3,700.00	37,000
5	TEGADERM ALGINATO AG 3M CAJA	24,500.00	122,500
4	TEGADERM AGMESH 3M CAJA	29,000.00	116,000
2	TEGADERM HIDROGEL 3M CAJA	28,800.00	57,600



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 351,350  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 351,350  
IVA 66,757  
TOTAL FACTURA 418,107

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO SIETE PESOS

 Emitido por	<i>Deno M5</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) DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 07-07-2014 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	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,120.0	33,600
30	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,120.0	33,600
30	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700.0	51,000
100	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.0	170,000


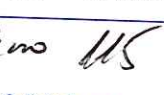
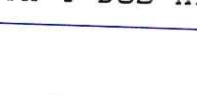

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	288,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	288,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	54,758
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	342,958

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

 Emisor por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDS 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.:  
 De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 08-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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


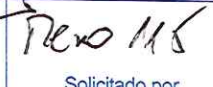


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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 36,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 36,000  
 IVA 6,840  
 TOTAL FACTURA 42,840

SON : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA 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): **IMPLEMED LTDA. 79921850K**

Dirección: **MAULE 488**

Teléfono: **5568129**

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° **07**

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha **27-05-2014** 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	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	800.0	24,000

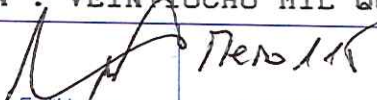
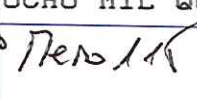


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	24,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	4,560
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,560

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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.:  
 De acuerdo a su cotización N°07  
 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 09-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	DUODERM CGF 10X10 PQ. X5	12,800.0	51,200
3	DUODERM EXTRA THIN 10X10	21,840.0	65,520
2	AQUACEL AG 15X15 CJ. X5 UD.	70,000.0	140,000



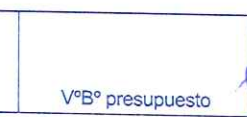

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	256,720
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	256,720
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	48,777
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	305,497

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS 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 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.:  
 De acuerdo a su cotización N°07  
 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 09-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SAF-GEL	7,350.0	14,700


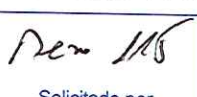

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	14,700
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,700
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	2,793
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,493

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA 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) NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°10248  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 9.5X9.5 CM. CJX10	56,439.0	169,317
3	NU-GEL HIDROGEL AMORFO 25GS. CJX6	18,497.0	55,491


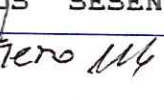

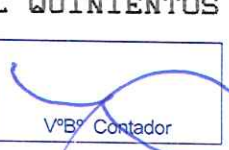
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	224,808
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	224,808
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	42,714
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	267,522

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 10-07-2014

Señor(es) NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N°10248 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	ADAPTIC TULL IMPREGNADO NO ADHERENTE 7.5 X 7.5 CJX50	14,157.0	169,884
2	BIOCLUSIVE 5 X 6 CAJA	22,840.0	45,680
10	NU-DERM APOSITO ALGINATO MECHA 2X30 CM. CJX5	24,539.0	245,390
3	FIBRACOL* PLUS APOSITO COLAGENO Y ALGINATO 10 x 12cm. CJ/12	83,470.0	250,410


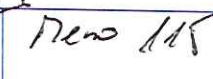


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	711,364
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	711,364
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	135,159
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	846,523

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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

147

071806

FECHA: 10-07-2014

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°07 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	125,930

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONC: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	125,930
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	125,930
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	23,927
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	149,857

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 10-07-2014

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 1 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 08-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


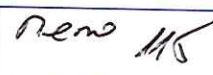
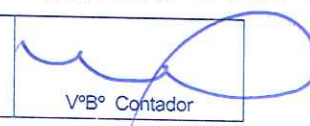
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	AGUJAS DESECHABLES 21G X 1 1/2 TERUMO X 100	1,300.0	6,500
5	HOJAS DE BISTURI CAJAS x 100 UND. N° 20-21	4,150.0	20,750
72	ALCOHOL 70 GRADOS FRASCO x 250 ML.	360.0	25,920


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	53,170
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	53,170
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	10,102
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,272

SON SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	----------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LUIS ALBERTO ROKY LABORIE 064377329

Dirección: NAPOLEON 3565 OF. 1505

Teléfono:

At.: Sr. EDUARDO ROKY  
De acuerdo a su cotización N° 07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	FARMAPORE 8 x 10 CM.	15,000.00	60,000
4	FARMAPORE 5 x 7 CM.	7,500.00	30,000
6	FARMAFIX 15 CM x 10 MT.	5,400.00	32,400
4	FARMAFIX 10 CM. x 10 MT.	3,600.00	14,400
4	FARMAFIX 5 CM. x 10 MT	1,600.00	6,400

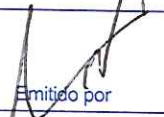


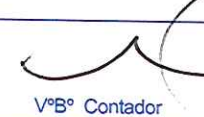
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	143,200
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	143,200
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	27,208
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	170,408

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es) INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 100614  
 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 01-06-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
63	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGHT TD-4251	9,000.0	567,000

**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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	567,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	567,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	107,730
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	674,730

SON : SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N°100614 de Fecha 01-06-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


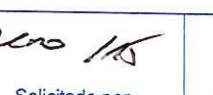


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100.0	162,000

**LA 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	162,000
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	30,780
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	192,780

SON : CIENTO NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS 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.



Señor(es) B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 07 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

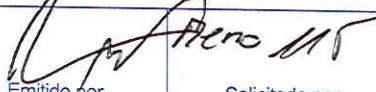
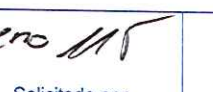


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LINOVERA SOLUCION CAJA x 10 UD.	12,500.0	125,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	125,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	125,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,750
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	148,750

SON : CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD 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.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N°1899 de Fecha 16-06-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
480	ESPECULO DESECHABLE 25mm.	390.0	187,200
480	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390.0	187,200
20	ROLLO DE PAPEL P/ESPIROMETRO (109mm. x 10mts.)	1,250.0	25,000
20	ROLLO DE PAPEL PARA E.C.G 80mm x 30mts	1,800.0	36,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	435,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	435,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	82,726
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	518,126

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO VEINTISEIS PESOS

Eraldo por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 10-07-2014

Señor(es) COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.  
De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 09-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VENDA DE GASA ELASTOMULL 10CM.X4MT. CJ/20	6,433.0	276,619

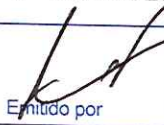
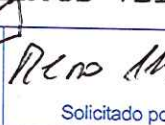

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	276,619
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	276,619
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	52,558
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	329,177

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO SETENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	----------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) DROGUERIA HOFMANN S. A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

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 07-07-2014 sírvase despachar

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	112,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	112,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	133,280

SON : CIENTO TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA 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.



Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, 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	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 08 X 5	550.00	165,000
300	SONDAS DE ASPIRACION ESTERILES DESECHABLES N° 06 X 5	550.00	165,000
10	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 5ml - X100	3,700.00	37,000
1	GUANTE QUIRURGICO EST. 6 MUNNICH CAJA X 50	8,750.00	8,750
300	FUNDAS DE LATEX PARA ECOGRAFIA VAGINAL ECOFUND A	60.00	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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	393,750
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	393,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	74,813
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	468,563
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

 Emisor por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	MASCARILLAS DESECHABLES DE 3 PLIEGUES ELASTICO RED. CAJ x 50 PCS.	600.0	6,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,120.0	22,400
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,120.0	22,400
100	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.0	170,000
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.0	85,000
4	GORROS CLINICOS DESECHABLES CAJ X 50 UND.	600.0	2,400
10	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS CORTA M	2,100.0	21,000

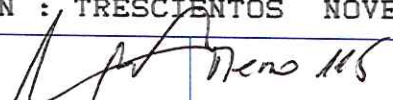
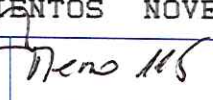
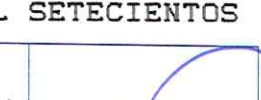
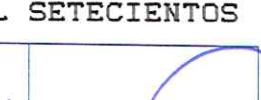
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	329,200
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	329,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	62,548
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	391,748

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es) ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 14312 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 de Fecha 08-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CINTAS DE CETONURIAS KETO -DIABUR TES 5000 ROC HE PZN - 2379216	15,000.0	15,000


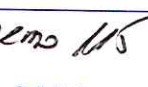
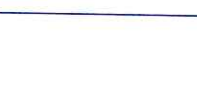
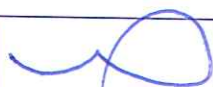
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	15,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,850
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,850

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-07-2014

Señor(es): **IMPLEMED LTDA. 79921850K**

Dirección: **MAULE 488**

Teléfono: **5568129**

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha **27-05-2014** 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	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	800.0	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


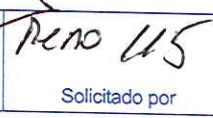
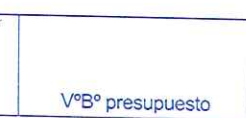

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 20,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 20,000  
IVA 3,800  
TOTAL FACTURA 23,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES 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 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.:  
De acuerdo a su cotización N°07  
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 09-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	DUODERM EXTRA THIN 10X10	21,840.0	109,200
4	DUODERM CGF 10X10 PQ.X5	12,800.0	51,200
5	AQUACEL AG 5 x 5 CJ 10 UNID.	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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	384,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	384,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	73,036
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	457,436

SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS 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) NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

Teléfono: 2124594

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N°10248 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	ACTISORB PLUS APOSITO CARBON ACTIVADO Y PLATA 6.5X9.5 CM. CJX10	52,759.0	263,795

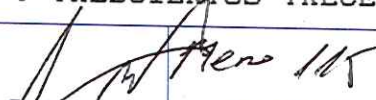
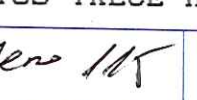
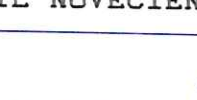
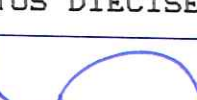
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	263,795
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	263,795
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	50,121
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	313,916

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS DIECISEIS 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): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SILLA DE RUEDAS ACERO ESMALTADA KY903	52,450.0	104,900



**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 : 431105 EQ.E INST.SALUD	VALOR NETO	104,900
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	104,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,931
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	124,831

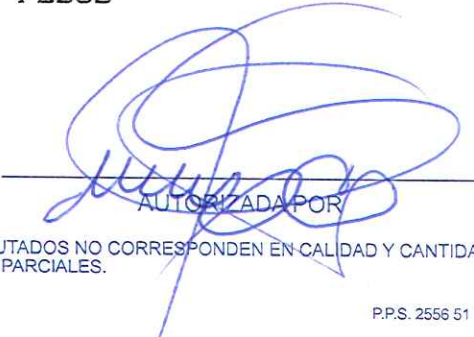
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

		V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	---	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

  
 AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-07-2014

Señor(es) CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PROVISION E INSTALACION DE PAVONADO FROST 316, DOS DE 0,60 x 1,15 y UNO DE 1.10 x 115.	99,000.0	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 422103 MANT.Y REPAR. INMUEBLES  
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : CIENTO 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 612 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): RADIOLOGIA COMPUTARIZADA S.A. 780148802

Dirección: APOQUINDO N° 3990 -- LOCAL 115

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	REDIOGRAFIA PANORAMICA	27,000.00	27,000
1	TELERADIOGRAFIA DE PERFIL, (PACIENTE FELIPE ANDRES CARRASCO CATRILAF)	12,000.00	12,000
1	ANALISIS CEFALOMETRICO	14,000.00	14,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424175 ATENCION TERCIARIA MEJORAM. ACCEVALOR NETO	53,000
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	53,000

SON : CINCUENTA Y TRES MIL PESOS

 Emitted por	<i>Renzo 162</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):RADIOLOGIA COMPUTARIZADA S.A. 780148802

Dirección:APOQUINDO N° 3990 -- LOCAL 115

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	RADIOGRAFIA PANORAMICA	27,000.00	27,000
1	TELERADIOGRAFIA DE PERFIL, (PACIENTE ANDREA PUENTE OJEDA)	12,000.00	12,000
1	ANALISIS CEFALOMETRICO	14,000.00	14,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424175 ATENCION TERCIARIA MEJORAM. ACCEVALOR NETO	53,000
DESTINO	: DIRECCION DE SALUD	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	53,000

SON : CINCUENTA Y TRES MIL PESOS

Empleado por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): ENTREMUSICOS S.A. 969083000

Dirección: SANTA ROSA 95-97

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	ATABAQUE NACIONAL 12" MADERA	41,176.47	41,176
2	CHOCALO MADERA NACIONAL	12,521.01	25,042
2	GANZA ALUMINIO NACIONAL	10,000.00	20,000
2	VARILLA SILICONA PAR	1,260.50	2,521



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	88,739
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	88,739
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	16,861
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	105,600

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS

 Emitido por	Fondo B Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 10-07-2014

Señor(es): PAUL SIXTO PUENTES MORALES 063768294

Dirección: CAMINO EL REFUGIO 15700 EL ARRAYAN

Teléfono: 0

At.: Sr. \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


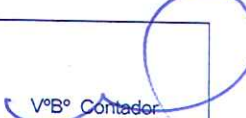
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	SERVICIO DE COFFEE BRAKE PARA EL DIA MARTES 15 /07/14 A LAS 18 HS EN SALON PLENARIO DE ED. MUNICIPAL (CAFE, TE, JUGOS, SANDWICH SURTIDOS, TORTA)	5,250.00	78,750

**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 : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	78,750
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	78,750
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	14,963
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	93,713

SON : NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS TRECE 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°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 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	GUANTES ESTERILES CAJAS x 50 pares N° 7	8,750.0	8,750




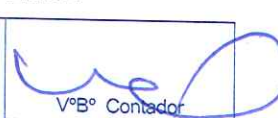
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	8,750
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	8,750
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,663
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,413

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIEZ MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°1  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,120.0	11,200
3	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700.0	5,100
14	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.0	23,800
5	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.0	8,500


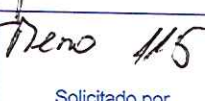

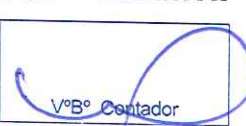
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

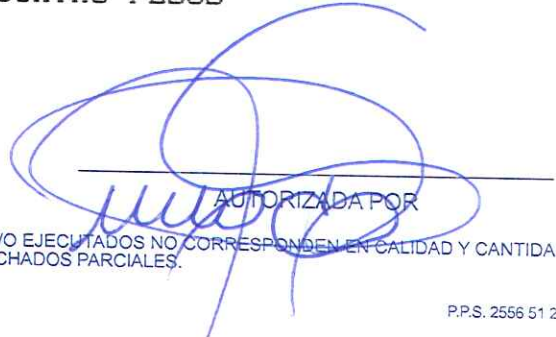
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	48,600
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	48,600
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	9,234
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	57,834

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y 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.



FECHA: 10-07-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 08-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO ( <del>5000</del> )	3,630.0	14,520

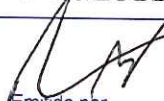
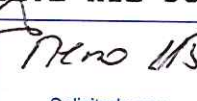


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	14,520
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,520
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	2,759
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,279

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757.0	46,542
4	TOALLAS CLINIC ELITE BLANCA X 18 PQS.	13,855.0	55,420
8	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	143,920
14	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	97,720

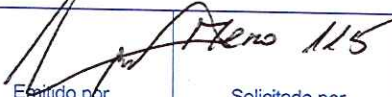
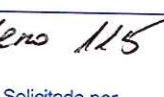


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	343,602
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	343,602
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	65,284
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	408,886

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.





ORDEN DE COMPRA

14-7

071836

FECHA: 10-07-2014

Señor(es) CRISTIAN CAMUS VALVERDE LTDA. 760023582

Dirección: LA AURORA 1027

Teléfono: 2202584

At: Sr.  
De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 10-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	ELECTRODOS 42041 5X5 CM. CUADRADO	5,000.0	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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO  
 DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR  
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS  
 LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS

VALOR NETO 60,000  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 60,000  
 IVA 11,400  
 TOTAL FACTURA 71,400

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: 10-07-2014

Señor(es) DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	MASCARILLAS DESECHABLES DE 3 PLIEGUES ELASTICO RED. CAJ x 50 PCS.	600.0	1,800


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,800
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	342
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,142

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MIL CIENTO CUARENTA Y DOS 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): **IMPLEMED LTDA. 79921850K**

Dirección: **MAULE 488**

Teléfono: **5568129**

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07  
 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 **27-05-2014** sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
25	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	800.0	20,000

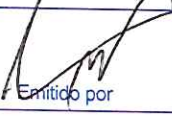

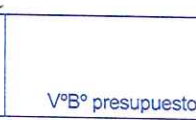
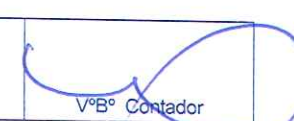
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	20,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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° 07  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar

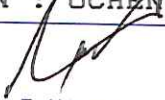
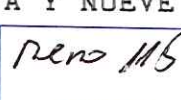
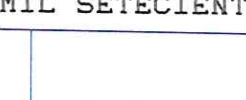

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	17,990
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	41,880
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757.0	15,514

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	75,384
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	75,384
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	14,323
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	89,707

SON : OCHENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS 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) **MEDICA - TEC DE CHILE S.A. 968517201**

Dirección **LOS MILITARES 4847**

Teléfono: **4261835**

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° **3348**      **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha **08-07-2014**      sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

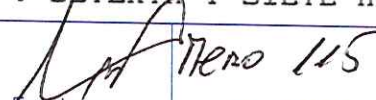
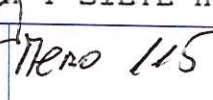

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CINTAS REACTIVAS ANALISIS DE ORINA CYBOW 10 10 0 TIRAS	6,500.0	65,000

**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	65,000
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	65,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	12,350
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	77,350

SON : SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

 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)B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


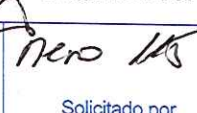

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LINOVERA SOLUCION CAJA x 10 UN.	12,500.0	125,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	125,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	125,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,750
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	148,750

SON : CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS 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.



Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N° 1899  
 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 16-06-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ROLLO DE PAPEL PARA E.C.G 80mm x 30mts	1,800.0	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	18,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,420
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,420

SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



071829

FECHA: 10-07-2014

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S.A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° 1 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	GUANTE QUIRURGICO EST. 6 MUNNICH CAJA X 50	8,750.00	8,750
5	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 216 x 1 1/2 10 ML. X 100	4,900.00	24,500
10	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 216 x 1 1/2 5ml - X100	3,700.00	37,000
7	BRANULA NII 24, INSYTE BD CAJA X 50	10,650.00	74,550
1	SUTURAS NYLON TRIANGULO 5/0 TC-15 X 36	19,800.00	19,800
10	TUBO ENDOTRAQUEAL - TRAQUEAL N: 7.5	405.00	4,050
10	TUBO ENDOTRAQUEAL - TRAQUEAL N: 4.5	405.00	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	172,700
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	172,700
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	32,813
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	205,513

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS TRECE PESOS

Emitido por	Solicitado por
V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

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 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
100	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,120.0	112,000
100	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.0	170,000
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.0	85,000
10	MASCARILLAS DESECHABLES DE 3 PLIEGUES ELASTICO RED. CAJ x 50 PCS.	600.0	6,000
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,120.0	22,400
10	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS CORTA M	2,100.0	21,000


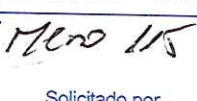

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	416,400
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	416,400
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	79,116
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	495,516

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

071827

FECHA: 10-07-2014

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 37616 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	NEBULIZADORES HUDSON SERIE N° 1880	485.0	48,500
200	NARISERAS OXIGENO ADULTO 78 3/4 N° 0019	564.0	112,800
50	MASCARILLAS OXIG. AD. RESERVORIO N° 1060	1,160.0	58,000
200	MASCARILLAS OXIG. AD. NEVULIZADOR N° 1885	991.0	198,200
100	MASCARILLAS OXIG. AD. MULTI VENT N° 1088	1,130.0	113,000

**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	530,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	530,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	100,795
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	631,295

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

Emite 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): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 14312 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 08-07-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

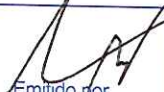
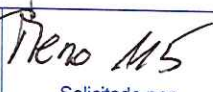
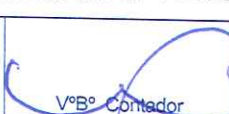
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CINTAS DE CETONURIAS KETO -DIABUR TES 5000 ROCHE PZN - 2379216	15,000.0	15,000

**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	15,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,850
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,850

SON : DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA 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): **IMPLEMED LTDA. 79921850K**

Dirección: **MAULE 488**

Teléfono: **5568129**

At.: Sr.: **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° **07** de Fecha **27-05-2014** 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	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	800.0	20,000

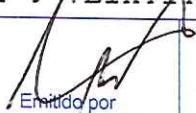
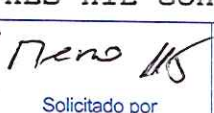
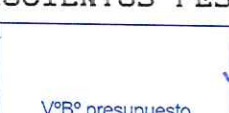

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	20,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS PESOS

 Emitted por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 10-07-2014

Señor(es) DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,757.0	54,299
15	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	269,850
20	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	139,600


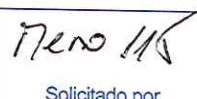

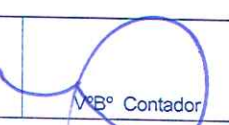
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	463,749
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	463,749
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	88,112
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	551,861

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y UN 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 1 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 08-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 3ml X 150	3,000.0	15,000
8	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-0 1A/A-21G/BL	24,400.0	195,200
5	JERINGAS DESECHABLES B-D CON AGJ. 21G x 1 1/2 20ml X 100	3,900.0	19,500
5	JABON GEL CON ALCOHOL ALCOGEL BOT. X 1 LTS.	2,900.0	14,500
5	AGUJAS DESECHABLES 25G X 1 B.D. X 100	1,300.0	6,500
15	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1 1/2	1,300.0	19,500



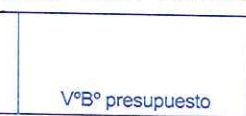
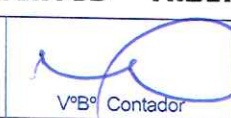
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	270,200
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	270,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	51,338
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	321,538

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

			
Ercilio por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es) DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°07  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha 07-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pqt. 300mts x 20cms (10811)	13,855.0	83,130

**LA 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	83,130
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,130
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	15,795
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,925

SON : NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO 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: 10-07-2014

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 100614  
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 01-06-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGHT TD-4251	9,000.0	180,000

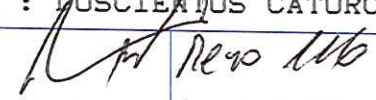
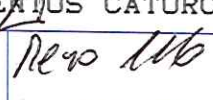
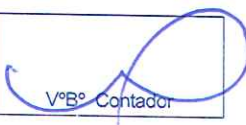
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	180,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	180,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	34,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	214,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es) MEDICA - TEC DE CHILE S.A. 968517201

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°3348  
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 08-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CINTAS REACTIVAS ANALISIS DE ORINA CYBOW 10 10 Ø TIRAS	6,500.0	13,000

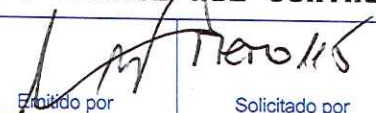
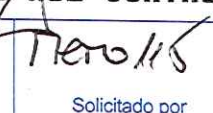
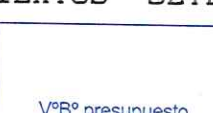
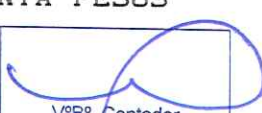
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	13,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	2,470
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,470

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINCE MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS

			
Entido 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.

  
AUTORIZADA POR

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°07 de Fecha **07-07-2014** sírvase despachar  
y/o ejecutar, 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	ASKINA TRANSORBENT 15X15 CJ 5UNID	20,500.0	102,500
5	ASKINA BIOFILM TRANSPARENTE CJ 10UND	15,000.0	75,000
5	ASKINA CALGITROL AG 15 X 15 CJ 10UNID	73,500.0	367,500
4	ASKINA FOAM BORDER 16X16 CJ 10UNID	34,500.0	138,000
2	NU-GEL APOSITO HIDROGEL EN LAMINA 9.5X9.5 CM. CJX5	21,000.0	42,000

**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	725,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	725,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	137,750
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	862,750

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA 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: 10-07-2014

Señor(es): ALLMEDICA S.A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° 1899 \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha 16-06-2014 sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
120	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390.0	46,800
120	ESPECULO DESECHABLE 20mm.	390.0	46,800
600	BOQUILLAS DE PAPEL PARA FLUJOMETRO 30X6.5 cmt.	135.0	81,000


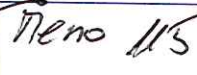


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

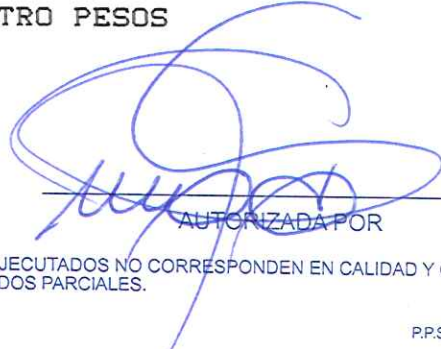
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	174,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	174,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	33,174
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	207,774

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO 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: 14-07-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA MUNDO ARTESANO LTDA 762921804

Dirección: MORANDE 762

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
70	PAPEL KRAFT 70 X 100	84.00	5,880
6	TIZA COLORES HAND X 100	832.00	4,992
16	PAPEL DIAMANTE RESMA X 50 UN NATURAL	2,277.00	36,432
60	PAPEL METALICO	151.00	9,060
150	CARTULINAS 3 TONOS DE AZUL 50 X COLOR	101.00	15,150
5	PALOS DE HELADO NATURAL	580.00	2,900
12	CARTON PIEDRA 1.5 MM	1,168.00	14,016
6	PAPEL FOTOCOPIA RES X 500	2,429.00	14,574
60	LAPIZ PASTA BIC 3 COLORES	168.00	10,080
60	DOBLE CLIPS 41 MM	84.00	5,040
4	MICA TRANSPARENTE OFICIO	244.00	976
6	BLOCK LICEO	412.00	2,472
13	GUBIAS	924.00	12,012
20	PAPEL CALCO NEGRO	84.00	10,080
120	PAPEL CALCO BLANCO	84.00	10,080
60	ESCARCHA DE COLORES 10 GRS X 5 COLORES	294.00	17,640
1	GLICERINA LIQUIDA LTS	6,521.00	6,521
30	PAPEL CAMISA ROLLO 10 MTS	1,597.00	47,910

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421109 MAT.DIDACT.ENSEÑANZA	VALOR NETO	225,815
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	225,815
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	42,905
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	268,720

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS

Emisor por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 14-07-2014

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
20	PAPEL HIGIENICO JUMBO 4 ROLLOS 600 MTS BLA	12,637.00	252,740


**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	252,740
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	252,740
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	48,021
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	300,761

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : TRESCIENTOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y UN PESOS

 Emitido por	<i>contacto dispensadores</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.

071881

FECHA: 14-07-2014

Señor(es): ELECTRONICA CASA ROYAL LTDA. 830306005

Dirección: AVDA. B. OHIGGINS 845

6399047

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
600	CABLE PARLANTE 2 X 16 4 MM I1 COD 2-25170	546.22	327,732
24	BAFLE 6W AMBIEN BS-633A S/PUESTO COD 2-17596	12,521.01	300,504
8	BAFLE 20W AMBIEN PJ-200/W S/P TOA COD 2-17600	35,210.08	281,681
1	CABLE AUXILIAR JL-42008 6P PLUG 3.5 MM/2 PLUG RCA COD 2-22529	1,336.13	1,336

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	911,253
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	911,253
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	173,138
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,084,391

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

 Emitido por	Fondo B Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): JANE AGUILERA ARISMENDI 155897015

Dirección: LUIS ACEVEDO 3580

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	PIZARRA BLANCA PENTAGRAMA FULL EDUCA - CUBIERTA PROFESIONAL BLANCA PENTAGRAMA, MARCO ALUMINIO, LINEAS COLOR NEGRO, BANDEJA PORTA BORRADOR MED 2.4 X 1.2 MTS	223,283.00	223,283
1	DESPACHO	8,000.00	8,000

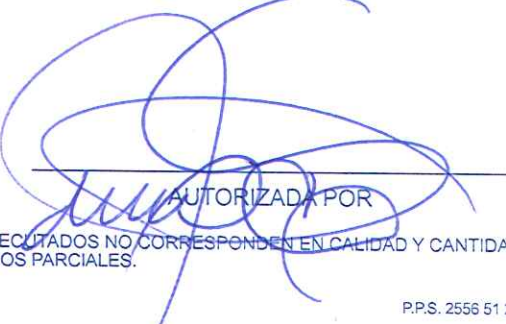
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	231,283
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	231,283
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	43,944
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	275,227

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTISIETE PESOS

 Emitido por	Fondo B Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DUPLIMEDIA S. A. 770503906

Dirección: LAS DALIAS 2248

Teléfono:

At.: Sr. PILAR 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
3	MEDIA KIT EPSON, INCLUYE 1000 CD - R INJET - J UEGO TINTA 6 COLORES	260,000.00	780,000

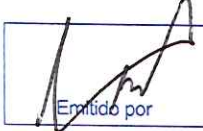

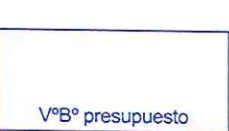
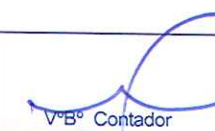
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	780,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	780,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	148,200
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	928,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): JOSE RIVERO LLAMAZALES Y CIA LTDA. 865205007

Dirección: SAN DIEGO 767

Teléfono:

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VISICOOOLER VERTICAL 250 LTS LG-250 MAIGAS	230,736.00	230,736
5	FUENTE RECTANGULAR 32.5 X 22 CM WAVE CONTOUR	3,655.00	18,275


**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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	249,011
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	249,011
LUGAR ENTREGA : <del>CAMINO EL ALBA 9280</del> AVDA. COLON 9140	IVA	47,312
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	296,323

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTITRES PESOS

 Emitido por	Fondo B Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-07-2014

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
1	BUS PARA 22 PAX CASA FUTURO - ZOOLOGICO METROPOLITANO PARA LAS 10:00 HS Y VUELTA 12:30 HS	80,000.00	80,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425109 PASAJES Y FLETES ESTABLECIMIENTO	VALOR NETO	80,000
DESTINO : CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	80,000
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA MIL PESOS

Empleado por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.





ORDEN DE COMPRA

147

071876

FECHA: 14-07-2014

Señor(es): ECM INGENIERIA S. A. 896304003

Dirección: AV. ELEODORO YANEZ 1890

26555556

At.: Sr. CLAUDIO THOMAS M.

Teléfono:

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	METRIC 35 CM X 43 CM US 14 X 17 (BLUE) 125 SHEETS	148,069.00	444,207
3	METRIC 25 CM X 30 CM US 10 X 12 (BLUE) 125 SHEETS	74,879.00	224,637
11	METRIC 20 CM X 25 CM MAMMO US 8 X 10 (BLUE) 125 SHEETS	112,600.00	1,238,600

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,907,444
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,907,444
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	362,414
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,269,858

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS 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: 14-07-2014

Señor(es): CENCOSUD RETAIL S.A. 81201000K

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



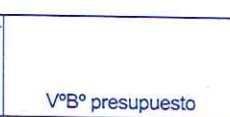
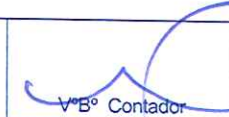
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	COCINA WHIRLPOOL WST603AB2 - 4 PLATOS - SKU 383112-PPP	109,235.29	109,235

**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 : 431103 MOBILIAR.CASINO	VALOR NETO	109,235
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	109,235
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,755
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	129,990

SON : CIENTO VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
 AUTORIZADOR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

2207157

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	CARGA DE GAS DE 11 KG CLASICO	12,806.72	12,807
1	CARGA DE GAS DE 15 KG CLASICO	16,966.39	16,966

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS  
 DESTINO : 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 CUATROCIENTOS TREINTA PESOS

VALOR NETO 29,773  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 29,773  
 IVA 5,657  
 TOTAL FACTURA 35,430

	Reno H49		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-07-2014

Señor(es): GRAFICA COLUVID LIMITADA 763097552

Dirección: LORD COCHRANE 1216

Teléfono:

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


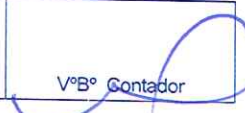
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	LIBRETAS CARNET DE NINA ROSADO	640.00	128,000
200	LIBRETAS DE NINO CELESTE	640.00	128,000
10	RECETAS CONTINUAS CAJA X 2000	17,800.00	178,000
20	BLOCK DE 100 X 1 REFERENCIA EXAMANES RADIOLOGICOS	1,500.00	30,000
20	BLOCK 100 X 1 SOLICITUD EXAMEN BACTERIOLOGICO DE TUBERCULOSIS	1,700.00	34,000
1,000	LIBRETAS CARNET CONTROL DE SALUD DEL ADULTO (LIBRETAS CHICAS)	130.00	130,000
200	BLOCK DE 100 X 1 RECETA DE CRONICOS	1,650.00	330,000
200	BLOCK DE 100 X 1 HOJAS INTERCONSULTAS AMARILLAS	780.00	156,000

**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	1,114,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,114,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	211,660
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,325,660
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : UN MILLON TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS

 Emitido por	Renzo S22 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 10-07-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

At.: Sr. \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


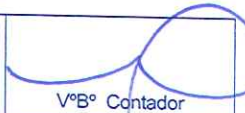
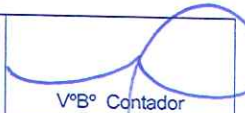
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	BALON MITRE BABY FUTBOL	15,042.00	120,336
5	BALON MOLTEN NRD 7	5,873.00	29,365
5	BALON MOLTEN SOFT TOUCH	10,000.00	50,000
2	REDES DE VOLEIBOL MOLTEN	29,327.00	58,654
6	CABEZALES SUPER STAR	13,361.00	80,166
6	PECHERAS	15,882.00	95,292
6	PARES DE GUANTES DE BOXEO CUERO 12 ONZAS	18,403.00	110,418
6	PARES DE GUANTES DE MMA	8,319.00	49,914
6	PARES DE PROTECTOR DE TIBIA CON EMPEINE	5,033.00	30,198
40	PLANCHAS DE GOMA EVA (PISO DE GOMA) ENSAMBLABLES	14,201.00	568,040
12	PALETAS DE TENIS DE MESA	5,033.00	60,396
24	PELOTAS DE TENIS DE MESA CAJAS DOBLE CIRCULO 6 UDS	831.00	19,944
4	REDES DE TENIS DE MESA	1,924.00	7,696
6	RAQUETAS DE TENIS SUPER STAR	10,840.00	65,040
8	TARROS DE PELOTAS DE TENIS X 3 UDS	2,512.00	20,096
2	TABLEROS DE AJEDREZ	10,840.00	21,680
20	CUERDAS DE SALTO	2,512.00	50,240

**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 : 431109 IMPLM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	1,437,475
DESTINO : CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,437,475
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	273,120
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,710,595
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : UN MILLON SETECIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	Mero 25 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O 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): TECNOLOGIA Y COMPUTACION EMMETT LTDA 779481301

Dirección: EDUARDO RUIZ VALLEDOR 4094

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


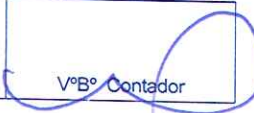
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	GUITARRA ACUSTICA SAC39 SANTANA	25,202.00	151,212

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 431112 INSTRUMENTOS	VALOR NETO	151,212
DESTINO : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	151,212
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	28,730
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	179,942

SON : CIENTO SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	Renzo 25 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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°07

**\*\* 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
15	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	96,000
18	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.0	108,000
1	SUERO GLUCOSADO 5%/500ML CJX20	7,000.0	7,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorización 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 211,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 211,000  
IVA 40,090  
TOTAL FACTURA 251,090

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL NOVENTA PESOS

Empleado por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es) LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.0	60,000
2	RANITIDINA 50 MG /2 ML cjx100	5,800.0	11,600
8	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	29,000.0	232,000
5	HIDROCORTISONA 100 MG.X50	23,000.0	115,000
9	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML cjx100	6,000.0	54,000
2	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	6,200.0	12,400
2	BETAMETASONA 4 MG/ML cjx100	8,500.0	17,000
1	LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX100	4,000.0	4,000

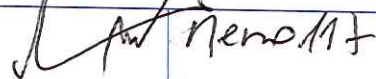


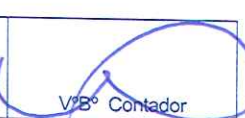
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	506,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	506,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	96,140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	602,140

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS DOS MIL CIENTO 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es) **NOVARTIS CHILE S.A. 83002400K**

Dirección: **FRANCISCO MENESES 1980**

Teléfono: **2291769**

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N° **686**      **\*\* 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 **08-07-2014**      sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	TIETILPERAZINA CJ*100AMP	9,440.0	188,800

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	188,800
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	188,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	35,872
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	224,672

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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°07

**\*\* 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 FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	19,200
3	CLORURO DE SODIO 0,9% 100 ML. cJX20	7,200.0	21,600
3	SUERO FISIOLÓGICO 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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	58,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	58,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	11,172
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,972

SON : SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

		V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	--	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES



Señor(es) LABORATORIO BIOSANO S.A. 885975003

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°07

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha 02-07-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	6,000.0	6,000
1	BETAMETASONA 4 MG/ML cjx100	8,500.0	8,500


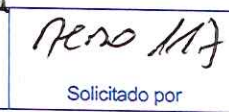
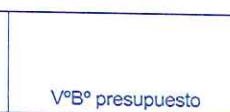
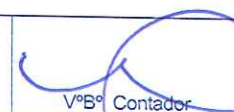
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA** A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	14,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	2,755
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,255

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISIETE MIL DOSCIENTOS 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): LABORATORIO SANDERSON S. A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N°07 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
2	AGUA BIDEUTILADA 5 CC/CJ*100	6,500.0	13,000
1	SUERO GLUCOSALINO 500ML CJX20	6,800.0	6,800
7	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	6,400.0	44,800
8	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	6,000.0	48,000
16	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJX50	4,950.0	79,200

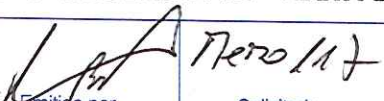
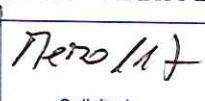
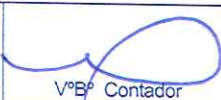
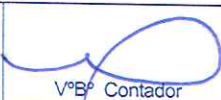
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	191,800
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	191,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	36,442
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	228,242

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): TECNIGEN S. A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

At.: Sr.: **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	HETTICH CENTRIFUGA ROTOFIX 32A	1,300,000.0	1,300,000
1	HETTICH ROTOR OSCILANTE 4N POSICIONES	350,000.0	350,000
4	HETTICH CARRIER 7 TUBOS DE 15 ML.	55,000.0	220,000



**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	VALOR NETO	1,870,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,870,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	355,300
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,225,300

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS PESOS

	De no 350		
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: 10-07-2014

Señor(es): OXIPUR S. A. 966180803

Dirección: ALMIRANTE PASTENE 16

Teléfono: 2356489

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	SENSOR PEDIATRICO TIPO CLIP, MARCA NONIN, MODELO 8000	112,000.0	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 431105 EQ.E INST.SALUD	VALOR NETO	112,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	112,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	133,280

SON : CIENTO TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA 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

23-7

071904

FECHA: 21-07-2014

Señor(es): GONZALO AMENABAR Y CIA. LIMITADA 796890401

Dirección: AV. MEXICO 688

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
21	RECETAS DOCTORES BLOCK POR 100 X 1 CADA UNO	4,063.00	85,323

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	85,323
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	85,323
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	16,211
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	101,534

SON : CIENTO UN MIL QUINIENTOS 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

071903

2029-7  
JLE

FECHA: 21-07-2014

Señor(es): BECKER, PADRUNO Y CIA. LTDA. 835033007

Dirección: CHILOE 1996

Teléfono: 2209916

At: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	GALLETA ALTEZA FRUTILLA 140 G	579.83	2,899
5	GALLETA TRITON VAINILLA 126 G	285.71	1,429
3	GALLETA LIMON 140 G	302.52	908
5	GALLETA KUKY CLASICA 120 G	411.76	2,059
5	GALLETA TUAREG COCO 120 G	226.89	1,134
5	GALLETA FRAC CHOCOLATE 130 G	252.10	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	9,689
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	9,689
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	1,841
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,530

SON : ONCE MIL QUINIENTOS TREINTA PESOS  
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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.



FECHA: 21-07-2014

Señor(es): VICTOR MONTOYA GERTNER 115017950

Dirección: EDISON 4647

Teléfono:

At.: Sr. BERNARDITA ANGULO

\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	04 SILLAS ERGONOMETRICAS TIPO TORINO C/BRAZOS FIJOS	44,500.00	178,000




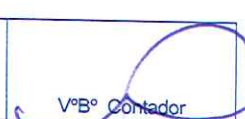
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 431101 MOBILIAR.OFICINA  
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 178,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 178,000  
IVA 33,820  
TOTAL FACTURA 211,820

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
SON : DOSCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 21-07-2014

Señor(es): IMPORT. Y DISTRIBUIDORA ARQUIMED S.A. 929990005

Dirección: ARTURO PRAT 828

Teléfono: 6344633

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.

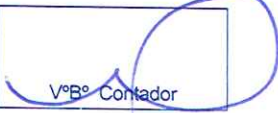
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LABORATORIO DE CIENCIAS APLICADAS	1,950,000.00	1,950,000
1	SET SOFTWARE DE CIENCIAS	630,500.00	630,500

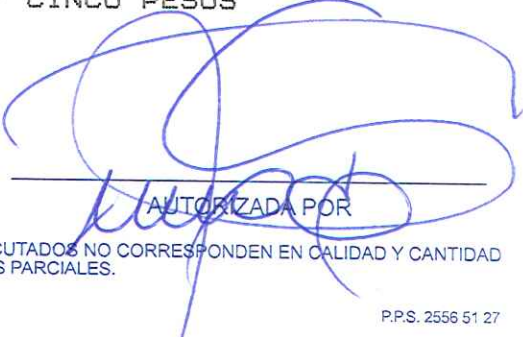
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	2,580,500
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,580,500
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	490,295
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,070,795

SON : TRES MILLONES SETENTA MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	Favio B Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 14-07-2014

Señor(es): ELECTRONICA CASA ROYAL LTDA. 830306005

Dirección: AVDA. B. OHIGGINS 845

Teléfono: 6399047

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	AFINADORES ELECTRONICOS (SM-02)	4,193.28	8,387
2	AMPLIFICADORES (BAFLE JS-151A ACTIVO 15P 200W JBL)	176,462.18	352,924


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-


CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	361,311
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	361,311
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	68,649
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	429,960

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	FONDO B 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: 14-07-2014

Señor(es): ELECTRONICA CASA ROYAL LTDA. 830306005

Dirección: AVDA. B. OHIGGINS 845

Teléfono: 6399047

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	AMPLIFI VM-2240 5 ZONAS TOA	386,470.59	386,471

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B  
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

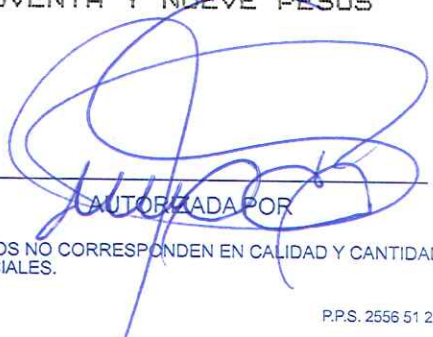
VALOR NETO 386,471  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 386,471  
 IVA 73,429  
 TOTAL FACTURA 459,900

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Fondo B 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: 14-07-2014

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
1	BUS PARA 23 PAX PARA 22/07/14 DESDE LOS ALACALUFES 9174 A LA MONEDA. SALIDA 10:00 HS Y REGRESO 12:30 HS	80,000.00	80,000

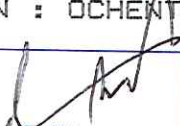


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 425109 PASAJES Y FLETES ESTABLECIMIENTO	VALOR NETO	80,000
DESTINO	: CENTRO DE REINSENCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	80,000
LUGAR ENTREGA	: ALACALUFE 9174	IVA	0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA MIL PESOS

 Emitido por	Me no 128 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 14-07-2014

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 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	BUS PARA 22 PAX CASA FUTURO MUSEO HISTORICO Y VEGA CENTRAL	80,000.00	80,000

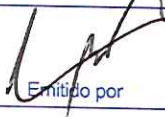
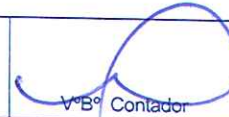
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 425109 PASAJES Y FLETES ESTABLECIMIENTO	VALOR NETO	80,000
DESTINO	: CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	80,000
LUGAR ENTREGA	: ALACALUFE 9174	IVA	0
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA MIL PESOS

	Item 28		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:  
 De acuerdo a su cotización N°  
 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
35	BERODUAL P/NEBULIZACION FRASCO 20 ML.	6,510.0	227,850

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

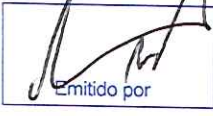
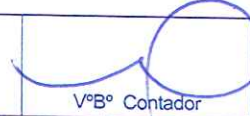
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS  
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA  
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 227,850  
 DESCUENTO 0.0 0  
 SUB-TOTAL 227,850  
 IVA 43,292  
 TOTAL FACTURA 271,142

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO 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.

FECHA: 31-07-2014

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


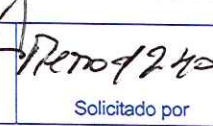
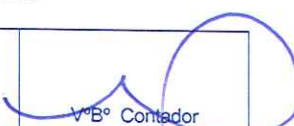
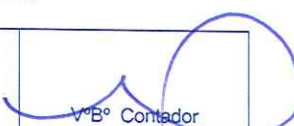
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR. POLVO TARRO	2,980.0	5,960
3	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	668.0	2,004
2	TE LIPTON YELLOW LABEL 100 BL.	1,946.0	3,892
8	VASO DESECHABLE PLUMAVIT 240 ML. x 25 UN.	403.0	3,224
1	REVOLVEDOR PLASTICO x 1000 UN PALETA	1,980.0	1,980

**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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	17,060
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	17,060
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	3,241
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,301
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : VEINTE MIL TRESCIENTOS 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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

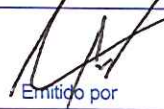


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GRS. POLVO TARRO	2,980.0	5,960
1	TE LIPTON YELLOW LABEL 100 BL.	1,946.0	1,946
2	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	668.0	1,336

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	9,242
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	9,242
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	1,756
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,998
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : DIEZ MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS		

 Emiido por	<i>Nemo t302</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): 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
4	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GRS. POLVO TARRO	2,980.0	11,920
2	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	668.0	1,336
4	VASO DESECHABLE 200 ML. x 25 UN. BLANCO	277.0	1,108
4	VASO DESECHABLE PLUMAVIT 240 ML. x 25 UN.	403.0	1,612
1	REVOLVEDOR PLASTICO x 1000 UN. PALETA	1,980.0	1,980
5	PLATO PLASTICO MEDIANO BLANCO x 20 UN.	404.0	2,020
1	TENEDOR PLASTICO GRANDE x 100 UN.	805.0	805



**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA  
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 20,781  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 20,781  
IVA 3,948  
TOTAL FACTURA 24,729

SON : VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS

	Denro 538		
Emitted por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA MILAN LT 772646909

Dirección: AVDA. EGANA 1065

Teléfono: 2775449

At.: Sr.  
 De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TOALLA ELITE PLIZADA BLCA. DOBLE HOJA CJ/18 PA Q	13,855.0	41,565




**LA 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	41,565
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	41,565
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	7,897
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,462

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS 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

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
10	CINTA IMPRESORA OKIDATA 400/420/421/490/491 (4 2377801) MARCA OKIDATA	9,845.0	98,450

**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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	98,450
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 98,450
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA 18,706
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 117,156

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO 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): GONZALO AMENABAR Y CIA. LIMITADA 796890401

Dirección: AV. MEXICO 688

Teléfono:

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

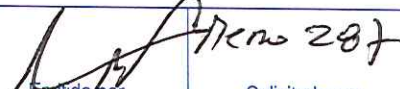
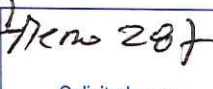


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
200	FORMULARIO CHEQUE ESTUPEFACIENTES 4 COLORES	295.00	59,000


**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 : 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  
SON : SETENTA MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS

VALOR NETO 59,000  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 59,000  
IVA 11,210  
TOTAL FACTURA 70,210

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

071930

FECHA: 28-07-2014

Señor(es): GONZALO AMENABAR Y CIA. LIMITADA 796890401

Dirección: AV. MEXICO 688

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


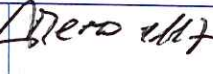

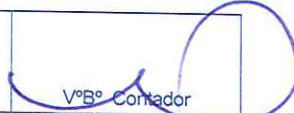
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,000	RECETARIOS PARA DOS PSIQUIATRAS	83.00	83,000

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	83,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	83,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	15,770
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	98,770
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS 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.



FECHA: 28-07-2014

Señor(es): COMERCIAL PAZOS HNOS. S.A. 876820005

Dirección: AV. JOSE DOMINGO CANAS 1025

Teléfono: 2044994

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	BANDEJA PLAGUE OVAL 30 X20 CM C/GRABADO	29,995.00	149,975
5	ESTUCHE 34X24 CM BANDEJA 27X20 CM	8,474.00	42,370



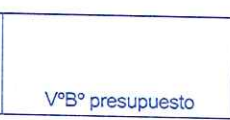
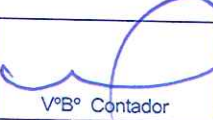
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425127 GASTOS VARIOS	VALOR NETO	192,345
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	192,345
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	36,546
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	228,891

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA 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

\*\* 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
1,020	CAJAS DE JUGO NATURAL YUZ DURAZNO LIGHT	169.00	172,380
51	CEREAL BARRA COSTA CHOCOLATE X 20 UNID	1,775.00	90,525



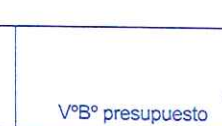
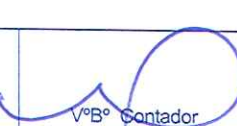
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425123 GASTOS EN COLACIONES	VALOR NETO	262,905
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	262,905
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	49,952
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	312,857

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE 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.



071924

FECHA: 28-07-2014

Señor(es): LIBRERIA ANTARTICA LTDA. 886795009

Dirección: AVDA. KENNEDY 9001, LOCAL 180

Teléfono: 2420160

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	LA LUNA TIENE OJOS NEGROS	2,647.00	26,470


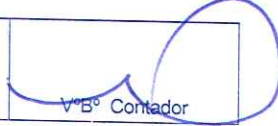
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	26,470
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	26,470
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	5,029
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,499

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	FONDO B Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 28-07-2014

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.


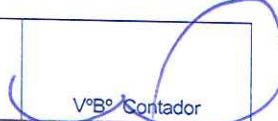
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS 11 KG CLASICO	12,932.77	12,933

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	12,933
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	12,933
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,457
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,390
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

	<i>Renzo 597</i>		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



FECHA: 28-07-2014

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
1	CARGA DE GAS 11 KG CLASICO	12,932.77	12,933
2	CARGA DE GAS 5 KG CLASICO	7,747.90	15,496

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	28,429
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,429
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,401
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,830
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTINUEVE PESOS

	Neno 597		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 28-07-2014

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

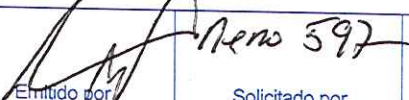
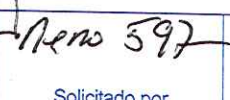
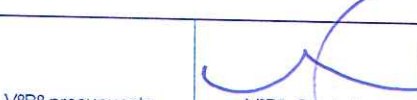

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS 45 KG CLASICO		
2	CARGA DE GAS 15 KG CLASICO	42,840.34	42,840
1	CARGA DE GAS 5 KG CLASICO	17,134.45	34,269
		7,747.90	7,748

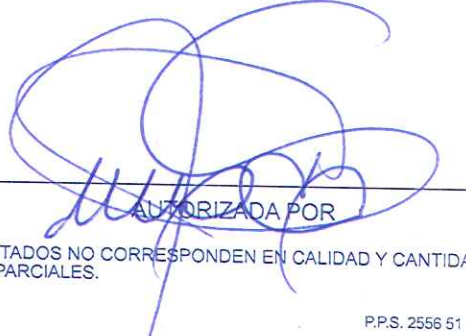
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	84,857
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	84,857
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	16,123
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	100,980
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO 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.



071920

FECHA: 28-07-2014

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° de Fecha \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

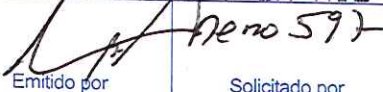
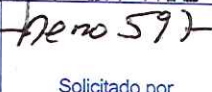
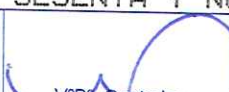
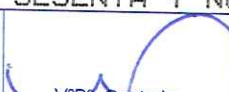
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS 45 KG CLASICO	42,840.34	42,840
1	CARGA DE GAS 15 KG CLASICO	17,134.45	17,134


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	59,975
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	59,975
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	11,395
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	71,370

SON : SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): GASCO GLP S. A. 965687408

Dirección: SANTO DOMINGO 1061

Teléfono:

At.: Sr.:  
De acuerdo a su cotización N°

**\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
de Fecha sírvese despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,440	CARGA DE ESTANQUE GAS GRANEL	560.6	1,368,035


**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS  
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA  
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA  
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140  
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 1,368,035  
DESCUENTO 0.0 0  
SUB-TOTAL 1,368,035  
IVA 259,927  
TOTAL FACTURA 1,627,962

SON : UN MILLON SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



Señor(es): GONZALO AMENABAR Y CIA. LIMITADA 796890401

Dirección: AV. MEXICO 688

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.


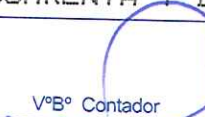
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
900	FORMULARIO RECETA CHEQUE ESTUPEFACIENTES, IMPRESION 5 COLORES EN PAPEL BOND 24 CON FOLIO	117.78	106,002

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	106,002
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	106,002
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	20,140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	126,142

SON : CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	<i>Item 472</i> <i>Solis Cocl.</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): COMERCIALIZADORA DE INSUMOS PARA LA SALUD 760406694

Dirección: AV. PORTUGAL 112 LOCAL 1170

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	CHAQUETA - CODIGO 21701 BLANCO TALLA XS	21,840.34	65,521
2	CHAQUETA - CODIGO 21701 BLANCO TALLA S	21,840.34	43,681
3	CHAQUETA - CODIGO 21701 NAVY TALLA XS	21,840.34	65,521
2	CHAQUETA - CODIGO 21701 NAVY TALLA S	21,840.34	43,681
3	PANTALON - CODIGO 21100 NAVY TALLA XS	21,840.34	65,521
1	PANTALON - CODIGO 21100 NAVY TALLA S	21,840.34	21,840
1	PANTALON - CODIGO 21100 NAVY TALLA M	21,840.34	21,840
3	PANTALON - CODIGO 21100 CARW TALLA XS	21,840.34	65,521
1	PANTALON - CODIGO 21100 CARW TALLA S	21,840.34	21,840
1	PANTALON - CODIGO 21100 CARW TALLA M	21,840.34	21,840
6	CHAQUETA - CODIGO 4414 BLANCO TALLA S	23,521.01	141,126
2	DELANTAL - CODIGO 9599 BLANCO TALLA 42	23,521.01	47,042
2	CHAQUETA HOMBRE - CODIGO 4725 NAVY TALLA M	16,798.32	33,597
2	PANTALON HOMBRE - CODIGO 4043 NAVY TALLA M	21,840.34	43,681

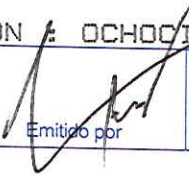
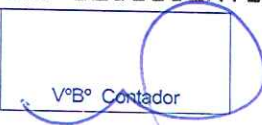
**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	702,252
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	702,252
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	133,428
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	835,680

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS

 Emitido por	<i>Renzo Arlo</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.



071912

21-07-2014

FECHA:

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

2207157

Teléfono:

At.: Sr. \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARGA DE GAS CATALITICO 11 KG	13,016.81	26,034
2	CARGA DE GAS CATALITICO 5 KG	7,789.92	15,580

**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 : 423104 GAS	VALOR NETO	41,613
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	41,613
LLUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,907
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,520
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS		

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por Nero 738	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): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

2207157

Teléfono:

At.: Sr. \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*

De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


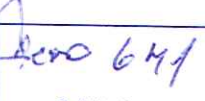

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARGA DE GAS CLASICO 15 KG	17,134.45	34,269

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	34,269
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	34,269
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	6,511
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,780

SON : CUARENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

		
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

  
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.





ORDEN DE COMPRA

247

071910

21-07-2014

FECHA:

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

2207157

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
12	CARGA DE GAS CATALICO 5 KG	7,789.92	93,479

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	93,479
DESTINO : MINICONSULTORIO CHESTERTON	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	93,479
LUGAR ENTREGA : JUAN PALAU 1940	IVA	17,761
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	111,240

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO ONCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

2207157

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	CARGA DE GAS CLASICO 15 KG	17,134.45	17,134
2	CARGA DE GAS CLASICO 11 KG	12,932.77	25,866

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	43,000
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	43,000
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	8,170
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,170
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS		

 Emitido por	786278503 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	--

  
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



071908

FECHA: 21-07-2014

Señor(es): SOCIEDAD COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA LIBERONA S.A. 760074748

Dirección: SANTA MONICA N° 03550 PARQUE IND. PUERTA

Teléfono:

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



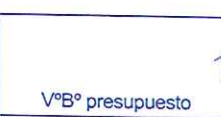
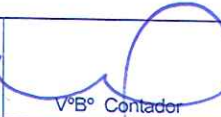
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	SILLA ADMINISTRATIVA CON BRAZOS REGULABLES, RE SPALDO ALTO ERGONOMICO CON APOYO LUMBAR, REVSE TIDA CON ESPUMA DE ALTA DENSIDAD	74,800.00	748,000
4	SILLA VISITA, ESTRUCTURA METALICA TERMO ESMALT ADA NEGRO, TAPIZADO ESPUMA DE ALTA DENSIDAD, R EGATON PVC EN PATAS, CUBIERTA PLASTICA DE PROT ECCION EN RESPALDO	20,400.00	81,600

**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 : 122104 MUEBLES, UTILES Y ENS.DE SALUD	VALOR NETO	829,600
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 5.0	41,480
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	788,120
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	149,743
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	937,863

SON : NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS 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.

FECHA: 21-07-2014

Señor(es): ADRIAN A. MUNOZ CORREA 08130467K

Dirección: LLUTA N° 6770

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.


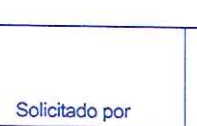
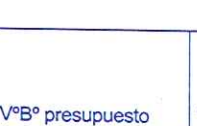
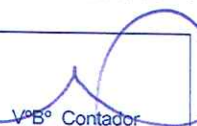
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA MANJAR NUEZ PARA 40 PERSONAS	31,932.77	31,933

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	31,933
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	31,933
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	6,067
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	38,000

SON : TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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.



FECHA: 21-07-2014

Señor(es): GONZALO AMENABAR Y CIA. LIMITADA 796890401

Dirección: AV. MEXICO 688

Teléfono:

At.: Sr. **\*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\***  
De acuerdo a su cotización N° de Fecha **sírvase despachar**  
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

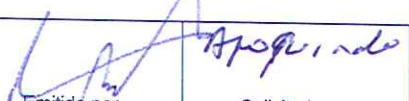
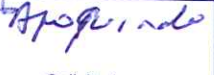


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
17	RECETAS DOCTORES BLOCK POR 100 X 1 CADA UNO	4,063.00	69,071

**LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.**  
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	69,071
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	69,071
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,123
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,194

SON : OCHENTA Y DOS MIL CIENTO NOVENTA 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: 21-07-2014

Señor(es): IMPRESIONES INKJET LTDA 760087998

Dirección: EL ROBLE 816

Teléfono:

At.: Sr.: \*\* Despachar factura en Lugar Entrega \*\*  
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar  
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


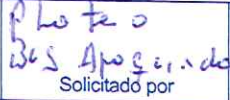

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LOGO EN ADHESIVO DE 1.0 X 1.0 INSTALADO	9,500.00	19,000
2	TEXTO EN ADHESIVO DE 0.80 X 0.60 INSTALADO	8,640.00	17,280
2	LOGOS EN ADHESIVO DE 0.50 X 0.30 INSTALADO	4,300.00	8,600
1	LOGO EN ADHESIVO DE 1.0 X 0.70 INSTALADO	15,500.00	15,500
1	INSTALACION	35,000.00	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	95,380
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	95,380
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	18,122
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	113,502

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO  
 SON : CIENTO TRECE MIL QUINIENTOS 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.