

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 04-08-2014 sírvase despachar


y/o ejecutar, 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	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	1,920
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	1,920
5	BLOCK PREPICADO PERFORADO CARTA M7 COLON	490.00	2,450
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	1,920
5	CARPETA DE PRESENTACION	165.00	825
3	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250.00	12,750
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA OFICIO CELESTE REPROGRAF	5,200.00	5,200
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA CELESTE REPROGRAF	4,485.00	4,485
2	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	109.00	218
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	4,530
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	3,620
10	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	317.00	3,170
10	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	4,860

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	47,868
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	47,868
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	9,095
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	56,963
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	New 130 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

071983

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

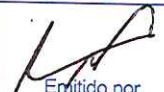
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	1,494.00	74,700
50	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110.00	5,500
5	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES CARTA RHEIN	410.00	2,050
3	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204.00	612
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	2,200
30	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	1,290
6	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	2,100
2	LIBRETA INDICE TELEFONICO CON ESPIRAL CLASICA RHEIN	1,032.00	2,064
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	9,260

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 : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	99,776
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	99,776
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	18,957
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	118,733
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO DIECIOCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

 Emitido por	<i>new/30</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: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 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	CORCHETERA BOSH	1,735.00	3,470
15	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,384.00	20,760
100	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	12.00	1,200
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	13.00	1,300

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	26,730
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,730
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	5,079
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,809
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NUEVE PESOS		

 Emitido por	<i>no 130</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: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO CORCHETERA TORRE B7	1,800.00	36,000
2		5,031.00	10,062

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	46,062
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	46,062
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	8,752
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,814
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS

 Emitido por	Numero 130 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.

071980

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización Nº 1 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, 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	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,524.00	4,572
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	29,880
12	LAPIZ PILOT 0.5 GEL G-1 AZUL	490.00	5,880
12	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204.00	2,448
40	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDEO	926.00	37,040




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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	79,820
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	79,820
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	15,166
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	94,986

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 VºBº presupuesto	 VºBº 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): IMPRESIONES INKJET LTDA 760087998

Dirección: EL ROBLE 816

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.


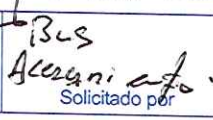

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BRANDING BUS	69,620.00	69,620

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

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	69,620
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	69,620
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	13,228
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	82,848
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

 Emisor 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): GASCO GLP S.A. 965687408

Dirección: SANTO DOMINGO 1061

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,001	LLENADO DE ESTANQUE DE GAS	559.35	1,119,259

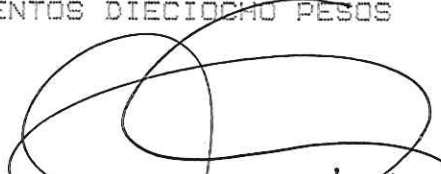
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	1,119,259
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,119,259
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	212,659
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,331,918

SON : UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS

 Emitido por	Renzo 566 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): 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.



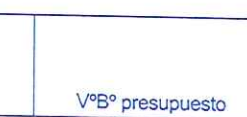

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	MINI GALVANOS DE PREMIACION EN MADERA MED 9X14 CM. INCLUYE GRABADO LASER T CAJA	4,950.0	59,400

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 : 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	59,400
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 59,400
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 11,286
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 70,686

SON : SETENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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.

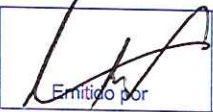

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	CEREAL BARRA COSTA CHOCOLATE X 20 UDS	1,775.00	19,525
120	JUGO NATURAL 200 CC YUZ DURAZNO TETRA	169.00	20,280
10	AGUA MINERAL 500 CC CACHANTUN C/GAS	360.00	3,600

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 424123 EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	43,405
DESTINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	0
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	SUB-TOTAL
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	43,405
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	IVA
		8,247
		TOTAL FACTURA
		51,652

SON : CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emisor por	<i>Pleno 681</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
198	JUGO NATURAL 200 CC YUZ DAMASCO TETRA	169.0	33,462
4	CEREAL BARRA COSTA CHOCOLATE X 20 UNIDADES	1,775.0	7,100

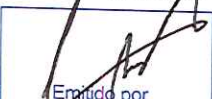

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424261 PROGRAMA NUBE	VALOR NETO	40,562
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	40,562
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	7,707
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,269

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	<i>Nero 694</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) ADRIAN A. MUNOZ CORREA 08130467K

Dirección: LLUTA N° 6770

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	TORTA PARA 40 PERSONAS SABOR PINA	28,571.4	28,571

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

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

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TREINTA Y CUATRO MIL PESOS

VALOR NETO 28,571
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 28,571
 IVA 5,429
 TOTAL FACTURA 34,000

 Emisor 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) CENCOSUD RETAIL S.A. 81201000K

Dirección: COYANCURA 2241 PISO 2

Teléfono: 3367177

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


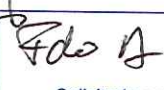


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	HERVIDOR THOMAS MOD 4510	16,798.32	50,395
5	MICRO SAMSUNG MOD 320 CON USB, MP3, RADIO Y CD	42,008.40	210,042

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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 : 431113 MAQUINAS MENORES	VALOR NETO	260,437
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	260,437
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	49,483
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	309,920

SON : TRESCIENTOS NUEVE MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

071964

FECHA: 01-08-2014

Señor(es): COMERCIAL DHARMA LTDA. 760587494

Dirección: MARTIN DE ZAMORA 5245 DEPTO 132

Teléfono:

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

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


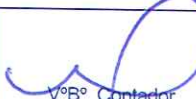
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	APRENDIENDO LA HORA 40 PZ	8,000.00	8,000
2	RUSH HOUR	35,000.00	70,000
1	SAFARI RUSH HOUR	40,000.00	40,000

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

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

CUENTA : 424267 FAGEM B	VALOR NETO	118,000
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	118,000
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	22,420
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	140,420
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CUARENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS		

 Emitido por	FONDO B INIC 13 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

071963

FECHA: 01-08-2014

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	188,520


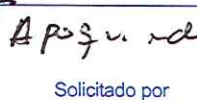

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	188,520
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	188,520
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	35,819
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	224,339

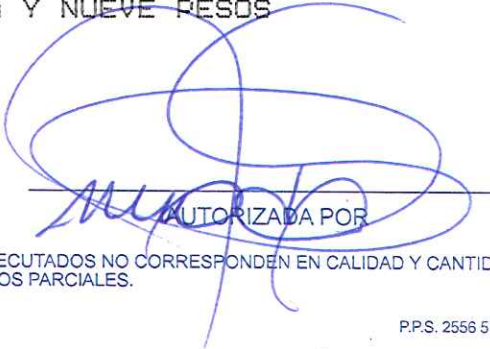
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

071959

FECHA: 01-08-2014

Señor(es): SUMINISTROS INDUSTRIALES LTDA 763488314

Dirección: NUEVA PROVIDENCIA 1881 OF 2110

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.

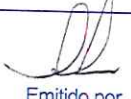
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
7	MOTOR 1 HP. 2 CONDENSADORES, 1 DE PARTIDA Y 1 PERMANENTE MEDIANO, TORQUE CENTRIFUGADO	108,507.0	759,549

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	759,549
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	759,549
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	144,314
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	903,863
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : NOVECIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

 Emitido por	FONDO B INC 11 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	-------------------------------------	------------------	---------------


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-08-2014

Señor(es): FARMALATINA LTDA. 797285706

Dirección: LAS ENCINAS 1495 - VALLE GRANDE

2059738

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ANTI-COLI I (026,044,0114,0125,0142,0158) 1 ML	25,500.0	25,500
1	ANTI-COLI II (055,086,091,0111,0119,0126,0127,0128) 1 ML.	25,500.0	25,500
1	ANTI-COLI III (025,078,0103,0118,0124,0145,0157,0164) 1 ML.	25,500.0	25,500
6	ASA CALIBRADA, METALICA, 1 UL SIN MANGO	1,400.0	8,400
1	TUBO DE ENSAYO DE VIDRIO 13 x 100MM. x 250 UN.	12,900.0	12,900
1	TORULA ASTA/MADERA-PUNTA ALGODON ESTER. x 100	4,900.0	4,900
1	REACTIVO DE BURROWS (FIJADOR PAF) x 1 L.	12,900.0	12,900
1	CANASTILLO ALAMBRE GALVAN. 11 x 11 x 10 CM.	10,800.0	10,800
2	TUBO CONICO (PP) 10ML. (16x100MM) GRAD. C/BORDE x 100 UN.	12,800.0	25,600
2	CAPILARES HEMATOCRITO SIN HEPARINA 75MM. x 100 UN.	1,400.0	2,800
50	PORTAOBJETOS BORDE PULIDO x 50 UN	1,500.0	75,000
20	CUBREOBJETOS 22 x 22 MM. x 100 UN.	1,700.0	34,000
1	SURGICUT JUNIOR (TIEMPO DE SANGRIA) 3,5 x 1,0 MM. x 50 UN	99,800.0	99,800
10	TUBO VHS-ESR MONOSED A 1,28ML. (NA-CIT) x 100 UN.	21,500.0	215,000
1	TROPONIN I HEXAGON x 20 DETERMINACIONES.	129,800.0	129,800

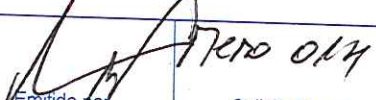



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	708,400
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	708,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	134,596
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	842,996

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

071955

FECHA: 01-08-2014

Señor(es): PV EQUIP S. A. 798956701

Dirección: LOS CAPITANES 1388

Teléfono: 2744786

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AGAR MUELLER HINTON, 500 GRS.	39,000.0	39,000
1	AGAR MAC-CONKEY, 500 GRS.	28,999.0	28,999
1	AMPICILINA (AMP) 10ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CIPROFLOXACINO (CIP) 5ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CEFALOTINA CLSI ((KF) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CEFUROXIMA CLSI (CXM) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CEFTRIAXONA (CRO>) 30ug, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
1	CLINDAMICINA (DA) 2ug, 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
1	PENICILINA (P) 10 unidades, 250 DISCOS	8,545.0	8,545
2	TORULA C/MEDIO CARY BLAIR, 50 UN.	12,000.0	24,000
1	CULTI LOOP PSEUDOMONA AERUGINOSA ATCC 27853 (x 5 LOPS)	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	286,449
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	286,449
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	54,425
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	340,874

SON : TRESCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO 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.

071954

FECHA: 01-08-2014

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
30	AGUJA MULTIPLE 21G x 1 1/2" (COLOR VERDE) CJ/100	4,500.0	135,000
1	ADAPTADOR LUER P/USO C/MARIPOSA O AGUJA HIPOD. (COLOR AZUL) CAJA/100	9,500.0	9,500
20	CAJA P/DESECH. CORTOPUNZANTE GRANDE MHENPIS	580.0	11,600
40	TUBO TAPA LILA 3 ML. EDTAK3 TAMANO: 13 x 75 MM . RACK/50	2,750.0	110,000
4	TUBO TAPA CELESTE 3 ML. CITRATO DE SODIO 3,2% TAMANO: 13 x 75mm. RACK/50	3,050.0	12,200
20	TUBO TAPA GRIS 4 ML. FLUORURO DE SODIO/EDTAK3 TAMANO: 13 x 75mm. RACK/50	3,000.0	60,000
60	TUBO TAPA VERDE 4 ML. HEPARINA DE LITIO Y GEL SEPARADOR TAMANO: 13 x 75mm. RACK/50	3,850.0	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	569,300
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	569,300
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	108,167
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	677,467
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SEISCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS		

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

FECHA: 01-08-2014

Dirección: PROVIDENCIA 2687

Teléfono: 2322645

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización Nº

**** 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
2	SACOS DE YESO 30 KGS	3,352.94	6,706
10	BALDE PLASTICO 10 LTS	1,470.59	14,706
9	ROLLOS MASKINTAPE 24 MM	747.90	6,731
1	MALLA KIWI 2 X 5 MTS	823.53	824
2	ROLLOS CINTA DOBLE FAS TACKCEYS	3,268.91	6,538
1	SACO PEGAMENTO GYPLAC MULTIUSO	7,378.15	7,378

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

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

ENTIA : 424261 PROGRAMA NUBE
STINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
AZO ENTREGA : INMEDIATA
GAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
RMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
: CINCUENTA Y UN MIL TREINTA PESOS

VALOR NETO 42,882
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 42,882
IVA 8,148
TOTAL FACTURA 51,030

Emitted by	Solicited by	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

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

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

FECHA: 01-08-2014

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	ALCOHOL DESNATURALIZADO 70 GRADOS CJ/12		
15	GUANTES DE PROC. DE VINILO "M" CAJA/100	1,420.0	17,040
2	JERINGA DE 10 CC. CAJA/100 UN.	1,500.0	22,500
1	MARIPOSA CORRIENTE 23G, CAJA x 100 UN.	4,900.0	9,800
20	PARCHES CURITAS BOLSA/100 UN.	3,900.0	3,900
		700.0	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 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
 LAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : OCHENTA MIL DIECISEIS PESOS

VALOR NETO 67,240
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 67,240
 IVA 12,776
 TOTAL FACTURA 80,016

Emitido por *[Signature]* Solicitado por *Nero 014*
 V°B° presupuesto *[Signature]* V°B° Contador *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): TECNIGEN S. A. 93020000K

Dirección: AVDA ZANARTU 1060

Teléfono: 3960600

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	STA COAG CONTROL N + P 12 x 2 x 1 ML.	156,420.0	156,420
1	STA CLEANER SOLUTION 1 x 2,5 L.	24,333.0	24,333
3	TINCIÓN MAY GRUENWALD x 1 LITRO.	17,286.0	51,858
1	TABLETAS TAMPON P/PREP. SOLN. PH 6,8 MERCK	43,000.0	43,000

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

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

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	275,611
DESTINO	: LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	275,611
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	52,366
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	327,977

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

Emitted por	Solicitado por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 01-08-2014

Señor(es): EDUARDO ACEVEDO VALDIVIA 113683317

Dirección: PIRAMIDE 521

Teléfono: 25521898

At.: Sr. EDUARDO ACEVEDO

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar



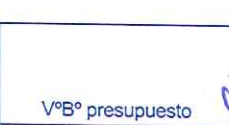

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	ROLOS DE 2000 ETIQUETAS DE 50 x 30 MM. 1 SALIDA, PAPEL TERMICO	1,950.0	78,000

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

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	78,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	78,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,820
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	92,820
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

071949

FECHA: 01-08-2014

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

Dirección: DR. MANUEL BARROS BORGONO 105 OF 502

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°



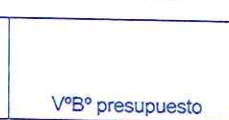
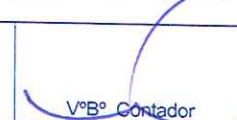
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	SUERO ANTI A, FRASCO x 10 ML.	4,200.0	4,200
1	SUERO ANTI B, FRASCO x 10 ML.	4,200.0	4,200
1	SUERO ANTI D, FRASCO x 10 ML.	6,000.0	6,000
1	SUERO COOMBS, FRASCO x 10 ML.	4,500.0	4,500

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	18,900
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	18,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,591
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	22,491
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

FECHA: 01-08-2014

Dirección: AV. PROVIDENCIA 1945 - OF. 603

6342093

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

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

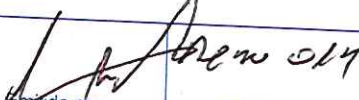
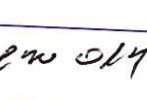


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	(35116) CHOCOLAT POLYVITEX VCAT3 AGAR		
13	(35094) COLUMBIA SHEEP BLOOD 10 PLT.	5,991.0	11,982
2	(55631) KOVACS REAGENT 1 x 25 ML.	5,991.0	77,883
1	(72013) ARTHRI-SLIDEX 100 DET.	20,139.0	40,278
		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. -

ENTIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS VALOR NETO 192,153
 STINO : LABORATORIO BASICO DESCUENTO 0.0 0
 AZO ENTREGA : INMEDIATA SUB-TOTAL 192,153
 GAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140 IVA 36,509
 RMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO TOTAL FACTURA 228,662
 N : DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

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

SERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

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

Dirección: LOS MILITARES 4847

Teléfono: 4261835

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

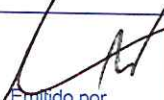
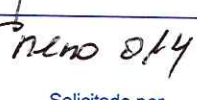
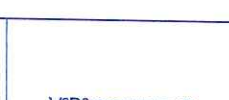

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CHROMAGAR ORIENTACION 1 x 5000 ML.	68,000.0	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	68,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	68,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,920
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,920
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : OCHENTA MIL NOVECIENTOS 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

071946

7-8

FECHA: 01-08-2014

Señor(es) INVERSIONES PMG S. A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GLUCOSA BEBIBLE P/TTGO FCO./296 ML. NARANJA, CAJA x 24 FRASCOS	15,840.0	158,400
3	TIRAS REACTIVAS GLICEMIA P/TD. FCO x 50 UN.	9,000.0	27,000

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	185,400
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	185,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	35,226
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	220,626

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTANTO : DOSCIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS

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

AUTORIZADA POR

RESERVACIONES: PROVEEDOR

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

Señor(es): PROMEDAR LTDA 796530200

FECHA: 01-08-2014

Dirección: ANTONIO BELLET 310

Teléfono: 2351032

At.: Sr.:

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	SANGRE OCULTA CASSETTE 25 TEST (FOB)	29,250.0	117,000

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. -

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

VALOR NETO 117,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 117,000
 IVA 22,230
 TOTAL FACTURA 139,230

VALOR : CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS

Emitted por: *[Signature]*
 Solicitado por: *[Signature]*
 V°B° presupuesto: *[Signature]*
 V°B° Contador: *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 01-08-2014

Señor(es): SOVIQUIM LTDA. 781169706

Dirección: FEDERICO GALLARDO 2529

Teléfono: 7738639

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	ALGODON CARDE BUCLO KG.	4,613.0	9,226
1	PLACA PETRI PLAST. 90mm. ESTERIL 500 UN.	30,333.0	30,333

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

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

ENTIA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 STINO : LABORATORIO BASICO
 AZO ENTREGA : INMEDIATA
 GAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 RMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 N : CUARENTA Y SIETE MIL SETENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 39,559
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 39,559
 IVA 7,516
 TOTAL FACTURA 47,075

Emitido por *[Signature]*
 Solicitado por *Neno 7014*
 V°B° presupuesto
 V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR *[Signature]*

SERVACIONES:

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): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

FECHA: 01-08-2014

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	NAOH DETERGENTE 2 x 1,8 L.		
1	ACID WASH SOLUTION 2 x 2 L.	117,710.0	117,710
2	ACIDO URICO GEN.2 COBAS INTEGRA	175,671.0	175,671
3	BIL-D GEN.2, 350 TESTS COBAS C, INTEGRA	33,560.0	67,120
3	BIL-T DPD GEN.2, 250 TETS, COBAS C	32,104.0	96,312
1	CALCIO COBAS INTEGRA 300 TESTS (Ref: 506148219 0)	35,000.0	105,000
8	COBAS C INTEGRA HDL-C GEN.3, 200 TESTS	27,480.0	27,480
3	COLESTEROL TOTAL COBAS C		
4	CREATININA JAFFE GEN.2 COBAS C, 700 TESTS	111,368.0	890,944
2	FOSFATASA ALCALINA IFCC GEN.2 COBAS INTEGRA	22,104.0	66,312
1	FOSFORO GEN.2 COBAS INTEGRA 250 TESTS	24,032.0	96,128
2	GGT2 GEN.2 COBAS INTEGRA 400 TESTS	31,592.0	63,184
2	GLUCOSA HK COBAS C 800 TESTS	19,584.0	19,584
2	AST/GOT COBAS INTEGRA 500 TESTS	36,600.0	73,200
2	ALTL COBAS INTEGRA 500 TESTS	71,416.0	142,832
1	PROTEINAS TOTALES GEN 2 COBAS INTEGRA	47,368.0	94,736
1	PROTEINAS URINARIAS TPUC GEN.2, 150 TESTS COB.	47,368.0	94,736
8	TRIGLICERIDOS COBAS INTEGRA 250 TEST	17,568.0	17,568
3	COBAS C INTEGRA UREAL 500 TESTS	34,688.0	34,688
1	CALIBRADOR F.A.S. 12 x 3 ML.	69,528.0	556,224
10	ALB-T TQ GEN.2, 100 TESTS, COBAS C, INTEGRA	46,160.0	138,480
1	PROTEINA C REACTIVA, CRP GEN.3, 250 TESTS, COBAS	139,941.0	139,941
2	NAOH-D CLEAN COBAS INTEGRA	96,280.0	962,800
4	TINA QUANT HbA1c GEN.3, 150 TESTS, COBAS	131,333.0	131,333
1	Cfas HbA1c 3 x 2 ML.		
5	ELECSYS TSH 200 TEST	8,622.0	17,244
1	ELECSYS CALSET TSH 10 CALIB 2 GEN	244,344.0	977,376
2	ELECSYS T4 LIBRE 200 TEST	173,280.0	173,280
		263,963.0	1,319,815
		66,987.0	66,987
		249,522.0	499,044

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

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

NTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS VALOR NETO 7,165,729
 TINO : LABORATORIO BASICO DESCUENTO 0.0 0
 ZO ENTREGA : INMEDIATA SUB-TOTAL 7,165,729
 AR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140 IVA 1,361,489
 MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 8,527,218
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

OCHO MILLONES QUINIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS DIECIOCHO PESOS

Edido por Solicitado por V°B° presupuesto V°B° Contador

RVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ROCHE CHILE LIMITADA 829994003

FECHA: 01-08-2014

Dirección: AVDA. QUILIN 3750

Teléfono: 4626695

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	URISYS 2400 CASSETTE 400 STRIP		
1	DILUYENTE ISE II GEN. 2 KIT	114,931.0	574,655
1	ISE INTER. STANDAR GEN. 2 COBAS	57,672.0	57,672
2	ELECSYS HCG+B II	81,756.0	81,756
2	ELECSYS FSH 100 TEST	174,909.0	349,818
4	ELECSYS PSA GEN. 2.1	176,190.0	352,380
2	ELECSYS PRECLEAN M	274,533.0	1,098,132
3	ELECSYS CLEAN-CELL M 2 x 2 L.	145,830.0	291,660
3	ELECSYS PROCELL M 2 x 2 L.	85,806.0	257,418
1	KOMBI RACK MOD/e601	85,806.0	257,418
		257,740.0	257,740

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. -

NTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 TINO : LABORATORIO BASICO
 ZO ENTREGA : INMEDIATA
 AR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 3,578,649
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 3,578,649
 IVA 679,943
 TOTAL FACTURA 4,258,592

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 : CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y -
 DOS PESOS

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

[Signature]
 AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)		
6	CAJA CORCHETES 5000 UNID. 26/6 MM TORRE	655	7,860
6	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 23/10	249	1,494
10	CAJA CLIPS CROMADOS 33 MM 100 UNIDADES	405	2,430
		94	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 factorización del pago de este documento. -
 DESTINO : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : QUINCE MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO	12,724
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	12,724
IVA	2,418
TOTAL FACTURA	15,142

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

RESERVACIONES: **PROVEEDOR** *[Signature]* **AUTORIZADA POR** *[Signature]*

ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 AUTORIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE 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 **04-08-2014**

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MARCADOR CD SHARPIE NEGRO 19501NG	290	2,900
2	TINTA PARA TAMPON STEPHENS 20 C.C. AZUL	270	540
10	TIJERAS 8.0 20.32 CM. MUNDIAL 437-8	7,332	73,320
6	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	487	2,922
2	LIBRO DE ACTAS LINEAL FOLIADO 200 HOJAS	1,770	3,540

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

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

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	83,222
DESTINO	: CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,222
LUGAR ENTREGA	: RIO LOA 8350	IVA	15,812
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	99,034
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y CUATRO PESOS			

Emitido por: *[Signature]* **Renzo 1130**
Solicitado por: V°B° presupuesto V°B° Contador

PROVEEDOR: *[Signature]*
AUTORIZADA POR: *[Signature]*

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 04-08-2014 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
6	PILAS AAA x 4		
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,524	9,144
		1,524	3,048

LA 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.-

ENTRA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	12,192
STINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,192
BAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	2,316
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,508
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CATORCE MIL QUINIENTOS OCHO PESOS		

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

PROVEEDOR

[Signature]
 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

LA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE 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 06-08-2014 sírvase despachar

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


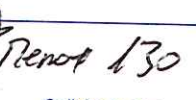
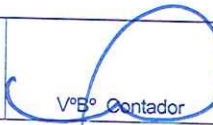
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	280	1,400

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 1,400
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 1,400
 IVA 266
 TOTAL FACTURA 1,666

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

072021

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

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


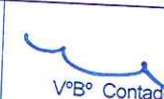
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TONER HP LASERJET P2055DN (05 A)	37,964	75,928
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	29,880

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

ENTREGA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : LABORATORIO BASICO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONEDA : CIENTO VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS

VALOR NETO	105,808
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	105,808
IVA	20,104
TOTAL FACTURA	125,912

 Emitido por	Nuevo 1130 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

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

Teléfono:
 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	STICK FIX 40 gr. UHU	522	3,132
3	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	280	840
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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

ENTREGA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 : SIETE MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS

VALOR NETO 6,652
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 6,652
 IVA 1,264
 TOTAL FACTURA 7,916

	Renzo 1130		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

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

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

FECHA: **06-08-2014**

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

Teléfono: **8206290**

At.: Sr. **CAROLINA FUENZALIDA**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha **04-08-2014** 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
6	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	888
5	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	487	2,435
10	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72	720
1	ELASTICO X KILO	2,140	2,140
2	PAPEL ALTA CALIDAD EPSON 100 HOJAS	4,980	9,960
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	1,920
1	CALCULADORA CASIO MS-170LA	4,948	4,948
2	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	132	264
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96	1,920
20	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	1,920

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.-

ENTRADA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	27,115
DESTINO	: CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,115
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611-A	IVA	5,152
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,267
VALOR : TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS			

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

RESERVACIONES:

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.

[Firma]
AUTORIZADA POR

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización Nº 1

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TAMPON 11 X 7		
60	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	650	650
1	LAPIZ PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,494	89,640
2	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	1,526	1,526
		189	378

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	92,194
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	92,194
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	17,517
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	109,711
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
CONDICION : CIENTO NUEVE MIL SETECIENTOS ONCE PESOS		

Emitido por <i>[Firma]</i>	Solicitado por <i>[Firma]</i>	VºBº presupuesto	VºBº Contador <i>[Firma]</i>	AUTORIZADA POR <i>[Firma]</i>
-------------------------------	----------------------------------	------------------	---------------------------------	----------------------------------

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 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
10	DESTACADOR NARANJO		
10	DESTACADOR AMARILLO	144	1,440
5	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN JG	112	1,120
10	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.	451	2,255
10	CUCHILLO CARTONERO	447	4,470
5	FECHADOR 4MM.	135	1,350
10	DESTACADOR ROSADO	360	1,800
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	100	1,000
10	CAJA PARA ARCHIVO MENPHIS	303	3,030
5	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	185	1,850
10	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID.	582	2,910
	LIQUID PAPER	490	4,900

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

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

ENTRADA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : CENTRO COSAM
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : TREINTA Y UN MIL OCHENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 26,125
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 26,125
 IVA 4,964
 TOTAL FACTURA 31,089

Emitido por: *[Signature]*
 Solicitado por: *Reus 1130*
 V°B° presupuesto: *[Signature]*
 V°B° Contador: *[Signature]*

SERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar


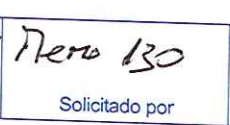
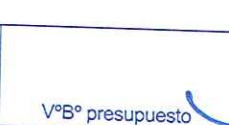

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TAMPON 11 X 7		
5	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	650	650
		1,494	7,470

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. -

UBICACION :	421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	8,120
DIRECCION :	CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA :	24 HORAS	SUB-TOTAL	8,120
CONTACTO ENTREGA :	PAUL HARRIS 1140	IVA	1,543
FORMA DE PAGO :	30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,663
CONDICIONES :	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	N : NUEVE MIL SEISCIENTOS 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 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TIJERAS GRANDE		
3	REGLA METALICA X 50 CM.	293	2,344
10	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J	994	2,982
	UEGO	451	4,510
10	SEPARADOR CARTA 6 POSICIONES VINILICO RHEIN JG		
5	PAQUETE SOBRE CARTA 50 UNID.	451	4,510
1	PIZARRA MAGNETICA 80X100 CM.	329	1,645
4	DESTACADOR ROSADO	21,874	21,874
10	DESTACADOR CELESTE	100	400
18	PILAS CR 2032 3 VOL	94	940
10	DESTACADOR AMARILLO	171	3,078
3	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	112	1,120
2	DEDOS GOMA AZUL	81	243
8	CUCHILLO CARTONERO	40	80
40	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	135	1,080
6	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID.	576	23,040
	LIQUID PAPER	490	2,940
2	CORCHETERA BOSH		
1	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	1,735	3,470
12	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	891	891
3	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID. BLANCO	655	7,860
2	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	1,805	5,415
20	CARPETA PLASTIFICADA ROJA C/ 2 BOLSILLO	306	612
1	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	82	1,640
5	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE	445	445
5	ARCHIVADOR LOMO ANGOSTO OFICIO TORRE BURDEO	582	2,910
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	594	2,970
1	ABRE CARTA	582	5,820
		430	430

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

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

ENTRADA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	103,249
ESTIMADO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	103,249
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	19,617
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	122,866
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CIENTO VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS		

Emitido por	Solicitado por	VºBº presupuesto	VºBº Contador
	Alonso Bso		

SERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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 04-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	RELOJ MURAL CASIO REDONDO IQ-01-7	4,250	8,500
1	REGLA 30 CM CRISTAL	94	94
50	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260	13,000
2	PORTA MINAS 0,9 STAEDTLER	531	1,062
1	PORTA LAPIZ ACRILICO GRANDE	487	487
5	REVISTERO OFICIO SIMPLE REJILLA NEGRA	2,139	10,695
6	PAQUETE SOBRE 1/3 OFICIO 50 UNID.	831	4,986
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,800	54,000
1	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	169	169
40	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96	3,840
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA VERDE	98	980
37	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98	3,626
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98	4,900
2	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	124	248
8	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	109	872
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	128	2,560
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	128	1,280
10	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128	1,280
15	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	294	4,410
2	CARPETA VINILICA TIPO CAJA	1,490	2,980
2	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362	724
1	CARPETA FUELLE OFICIO MALETIN	1,660	1,660
1	CARPETA FUELLE OFICIO	1,590	1,590
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA VERDE REPROGRAF	4,485	4,485
2	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486	972
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA CELESTE REPROGRAF	4,485	4,485
1	CAJA PAPEL FOTOCOPIA CARTA AMARILLO REPROGRAF	4,485	4,485
23	BANDERAS 683-4 CHICAS 4 COLORES 3M	2,040	46,920

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

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

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	185,290
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	185,290
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	35,205
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	220,495

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 A-Z BLANCO OFICIO	645	1,935
10	PORTA MINAS Ø.7	264	2,640
4	PLUMON PIZARRA MAGNETICA ROJO	198	792
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	74,700
10	MARCADOR ROPA PUNTA FINA	614	6,140
3	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	180	540
12	MARCADOR ROPA M10 ROJO	614	7,368
12	MARCADOR ROPA M10 AZUL	614	7,368
1	PIZARRA CORCHO 80X70 CM.	4,900	4,900
18	PILAS AAA x 4	1,524	27,432
5	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,524	7,620
3	PERFORADOR MEDIANO cangaro	990	2,970
2	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350	700
6	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	716	4,296
6	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189	1,134
20	CARPETA PLASTIFICADA VERDE C/ 2 BOLSILLO	116	2,320
20	CARPETA PLASTIFICADA CAFE C/ 2 BOLSILLO	116	2,320
20	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	116	2,320
20	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	116	2,320
2	BLOCK MICRORRUGADO ARTEL	630	1,260
3	BATERIA VARTA 9 VOLTS	1,433	4,299

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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.-


ENTRADA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	165,374
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	165,374
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	31,421
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	196,795
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	<i>Area 1130</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------------	----------------------	--

SERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar


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

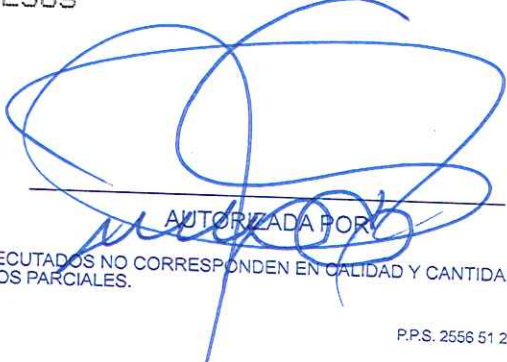
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	GOMA DE BORRAR		
48	DESTACADOR AMARILLO	33	660
40	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	112	5,376
36	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID.	303	12,120
40	LIQUID PAPER	490	17,640
15	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X 20 MT. (SCOTCH)	655	26,200
	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO	582	8,730

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

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

ENTIA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	70,726
STINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,726
BAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,438
MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	84,164
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
N : OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO PESOS		

	Nro 1430		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

ERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072010

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96	960
16	CAJAS PARA ARCHIVADOR OFICIO EUROBOX	899	14,384
20	TACO BLANCO 9X9 CM.	211	4,220
5	ROLLO FAX 210 X 30 ALO	600	3,000
10	POST IT GRANDE AMARILLO higland	260	2,600
10	POST IT CHICO AMARILLO higland	148	1,480

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

NTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	26,644
TINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
ZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,644
AR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	5,062
MA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,706
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SEIS PESOS		

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

ERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

072009

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

y/o ejecutar, 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	PILAS AAA x 4		
4	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,524	15,240
80	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,524	6,096
10	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	1,494	119,520
		220	2,200

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

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-
 ENTREGA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 : CIENTO SETENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

VALOR NETO 143,056
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 143,056
 IVA 27,181
 TOTAL FACTURA 170,237

Emite por *[Signature]*
 Solicitado por *nero 130*
 V°B° presupuesto
 V°B° Contador

PROVEEDOR *[Signature]*
 AUTORIZADA POR *[Signature]*

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 06-08-2014

sírvase despachar

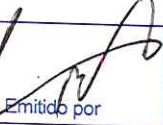

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TIJERAS GRANDE		
5	CUCHILLO CARTONERO	293	1,465
20	CORRECTOR ROLLER PRITT 4.2 X 8.5 MT.	135	675
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	576	11,520
20	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	280	2,800
20	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	655	13,100
		306	6,120

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.-

ENTRADA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	35,680
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,680
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	6,779
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,459
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS			

 Emitido por	Renzo 4130 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

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): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-08-2014 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
10	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	81	810
10	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	81	810
10	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	81	810
10	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	81	810
10	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	81	810
10	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	81	810
5	MICA CARTA 30 UND. NATURAL IBICO	81	810
2	MICA OFICIO 50 UND. GRIS	1,349	6,745
10	SILICONA LIQUIDA HAND 250 GRS	1,290	2,580
5	SEPARADOR OFICIO MENSUAL JGO.	234	2,340
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	650	3,250
50	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	98	2,940
2	PITILLA COND	72	3,600
30	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	411	822
30	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	453	13,590
2	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	448	13,440
30	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	8,625	17,250
20	COLA FRIA BOQUILLA DISP. 120 GR. T. AZUL PEGAFIX	448	13,440
30	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	258	5,160
4	COLA FRIA X KILO	448	13,440
20	PAPEL FOTOCOPIA OFICIO 75 GR.	2,076	8,304
50	CARPETA DE CARTON	1,800	36,000
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	44	2,200
		486	9,720

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

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

ENTRADA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	159,681
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	159,681
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	30,339
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	190,020
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CIENTO NOVENTA MIL VEINTE PESOS		

 Emitted by	<i>New 1/30</i> Requested by	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	---------------------------------	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

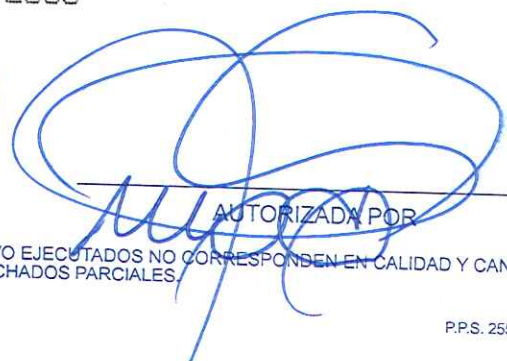
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	SEPARADOR A-Z BLANCO OFICIO		
30	PAPEL FOTOCOPIA CARTA 500 HOJAS 75 GR.	645	3,225
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	1,494	44,820
		189	3,780

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

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

CUENTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	51,825
DIRECCION DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,825
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	9,847
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	61,672
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO	: SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS		

 Emitido por	<i>Nov 1130</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 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° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO PILOT		
10	STICK FIX 40 gr. UHU	282	8,460
10	SEPARADOR OFICIO 6 DIVISIONES VINILICO RHEIN J	522	5,220
	UEGO	451	4,510
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIO X100 UNID.		
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UNID.	4,088	4,088
100	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	3,498	3,498
20	DESTACADOR AMARILLO	12	1,200
20	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID.	112	2,240
	LIQUID PAPER	490	9,800
2	DEDOS GOMA ROJO		
20	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	45	90
15	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	655	13,100
4	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	134	2,010
2	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	1,384	5,536
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM TORRE	29	58
4	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	71	355
		1,384	5,536

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

ENTIA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	65,701
STINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	65,701
AR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	12,483
MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,184
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SETENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y CUATRO PESOS		

Emitido por: *[Signature]*
Solicitado por: *[Signature]*
VºBº presupuesto: *[Signature]*
VºBº Contador: *[Signature]*

SERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

072004

06-08-2014

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

FECHA:

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 11

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT		
2	PERFORADOR GRANDE cangaro	418.00	20,900
30	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	2,998.00	5,996
30	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	13,440
40	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	448.00	13,440
30	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	98.00	3,920
60	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	448.00	13,440
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	98.00	5,880
15	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	1,800.00	27,000
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA ROJO PILOT	44.00	660
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILOT	1,595.00	7,975
5	T	1,595.00	7,975
5	CUADERNILLO MATEMATICAS		
5	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	51.00	255
3	CORCHETERA TORRE B7	1,595.00	7,975
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	5,031.00	15,093
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR MORADO	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR GRIS	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CAFE	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	128.00	256
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	128.00	256
2	CARTULINA PINTAD 53X85 GRIS ARTEL	189.00	378
2	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NEGRO	128.00	256
2	CARTULINA PINTAD 53X75 NEGRO ARTEL	189.00	378
100	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	5,600
3	CAJA CHINCHES DE COLORES SURTIDOS 100 UD.	132.00	396
5	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	2,430

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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. -

ENTRADA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	156,203
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	156,203
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	29,679
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	185,882
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA : CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS		

Emitido por: *[Signature]* *1430*
Solicitado por: _____
V°B° presupuesto: _____
V°B° Contador: _____

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

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

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

y/o ejecutar, 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	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	5,940
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204.00	2,040
50	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198.00	9,900
5	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL ROJO	204.00	1,020
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL NEGRO	204.00	2,040
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	4,400
15	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	22,410
5	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	945
100	CARPETA COLGANTE RHEIN SUPER-CLAS VERDE	324.00	32,400
10	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	2,840

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.-

ENTIA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	83,935
STINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	83,935
BAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	15,948
ORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	99,883
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	NOVENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS		

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

[Signature]
 AUTORIZADA POR

ERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 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
30	SACA PUNTAS METALICO	57.00	1,710
5	REGLA METALICA X 50 CM.	994.00	4,970
5	PLUMON PERMANENTE HIPPER B	121.00	605
10	LAPIZ PARA MARCAR CD	196.00	1,960
200	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	12.00	2,400
3	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UND.	4,088.00	12,264
10	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	303.00	3,030
10	CINTA MASKINK G-T 24 MM X 40 MT. BLANCA SELLOC	280.00	2,800
10	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	825.00	8,250
5	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,476.00	42,380
30	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	14,700
10	CINTA MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	280.00	2,800
50	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	29.00	1,450
10	CARPETA DE CARTON RHEIN	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

ENTREGA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTANTO : CIENTO DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS UN PESOS

VALOR NETO	100,169
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	100,169
IVA	19,032
TOTAL FACTURA	119,201

Emitted por: *[Signature]*
Solicitado por: *new #130*
V°B° presupuesto: *[Signature]*
V°B° Contador: *[Signature]*

[Signature]
AUTORIZADA POR

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

06-08-2014

FECHA:

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

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega. ****
 de Fecha **04-08-2014** 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
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
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. PLATA PROARTE	269.00	2,690
10	CARTON PIEDRA 55 X 77 GRIS PLIEGO ROKA	269.00	2,690
10	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	294.00	2,940
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 340 GR.	269.00	2,690
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 330 GR.	260.00	2,600
10	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	184.00	1,840
5	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	214.00	2,140
2	BASE TACO CALENDARIO	55.00	275
1	CAJA BROCHES METALICOS	1,400.00	2,800
5	AGOREX TRANSPARENTE 120 CC.	360.00	360
		1,489.00	7,445

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

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

ENTRADA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	33,850
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,850
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	6,432
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	40,282
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CUARENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS		

 Emitido por	<i>Noro 1/30</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------------	---	--

SERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

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 **04-08-2014**

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TARJETERO VINILICO PARA 100 TARJETAS	459.00	459
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA SILVER MEDIO P ILOT	190.00	950
10	TACO BLANCO 9X9 CM.	211.00	2,110
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VIOLETA PILOT	190.00	950
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA GOLD MEDIO PIL OT	190.00	950
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA CUNA 350 NEGRO STAEDTL ER	280.00	1,400
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA AZUL	169.00	845
5	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	169.00	845
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NARANJO PILOT	190.00	950
5	PLUMON PERMANENTE NEGRO PUNTA BISELADA	169.00	845
10	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	4,480
5	PLUMON PERMANENTE CAFE	187.00	935
5	PLUMON PERMANENTE AMARILLO PILOT	599.00	2,995
5	PEGAMENTO LA GOTITA	675.00	3,375
10	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	448.00	4,480
5	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	81.00	405
10	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	448.00	4,480
5	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALOX10 UND.	85.00	425
5	PAPEL CREPE 50 X 200 CMS. AMARILLO ALO	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO NARANJA ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO CELESTE ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	43.00	215
2	PAPEL CALCO OFICIO x 25 u	2,019.00	4,038
2	PAPEL CALCO LAPIZ AZUL FULTONS	1,879.00	3,758
200	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	26.00	5,200
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	2,940
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	2,940
50	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	2,200

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

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

ENTRADA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	58,135
DIRECCION	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	58,135
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	11,046
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	69,181
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS		

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

SERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA:

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PLUMON PERMANENTE ROJO ALO		
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA VERDE	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA NEGRO	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE PUNTA REDONDA ROJO	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE AZUL PUNTA BISELADA ALO	180.00	900
5	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	180.00	900
20	PAPEL CRAF PLIEGO	180.00	900
50	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	43.00	860
10	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	189.00	9,450
10	CARTON MICRO 24X35 6HJ C/SURTIDOS	716.00	7,160
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 255 GR.	584.00	5,840
20	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	157.00	1,570
10	CARTON FORRADO 77X110 CM. 200 GR.	430.00	8,600
		157.00	1,570

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CANTIDAD : 421102 MATERIAL DE OFICINA VALOR NETO 40,450
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI DESCUENTO 0.0 0
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 40,450
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811 IVA 7,686
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA TOTAL FACTURA 48,136
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 : CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS

Emitido por	Solicitado por	VºBº presupuesto	VºBº Contador
	new #130		

SERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1




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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	2,835

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.-

CANTIDAD	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	2,835
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,835
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	539
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,374
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS		

 Emitido por	<i>Nere 130</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	-----------------------------------	---	--

SERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 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	PORTA SCOTCH ESCRITORIO M3 C-38		
5	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	948.00	1,896
5	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	730.00	3,650
5	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	730.00	3,650
4	STICK FIX 40 gr. UHU	730.00	3,650
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR 5 MM TAMANO OFICIO	522.00	2,088
500	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	4,088.00	4,088
5	DESTACADOR VERDE	12.00	6,000
5	DOBLE CLIP NEGRO CHICO	144.00	720
5	DESTACADOR ROSADO	204.00	1,020
5	DESTACADOR NARANJO	100.00	500
5	DESTACADOR CELESTE	144.00	720
5	DESTACADOR AMARILLO	94.00	470
2	CUCHILLO CARTONERO	112.00	560
2	CUADERNO OFICIO 180 HJS. M7 S/CLASS PLANO	135.00	270
5	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	1,124.00	2,248
4	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	490.00	2,450
5	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL 19MM X20 MT. (SCOTCH)	825.00	3,300
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	655.00	3,275
4	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	97.00	485
		1,384.00	5,536

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

NTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	46,576
TINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
ZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	46,576
AR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	8,849
MA DE PAGO : 30 DIAS O/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,425
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS

	11/30	
Entido por	Solicitado por	V°B° Contador

RESERVACIONES: **PROVEEDOR** **AUTORIZADA POR**

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

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA ROJO	98.00	4,900
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	4,900
2	PEGAMENTO LA GOTITA	675.00	1,350
10	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL. BASICOS) ALO	453.00	4,530
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	4,900
90	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,800.00	162,000
36	POST IT CHICO AMARILLO highland	148.00	5,328
24	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	1,728
2	PORTATACO CALENDARIO GRANDE SEMICUERO NEGRO	3,790.00	7,580
10	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	880
10	CUADERNILLO MATEMATICAS	51.00	510
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	150.00	1,500
3	CAJA PARA CARPETA COLGANTE OFICIO 7 EUROBOX	1,590.00	4,770
20	CAJA ALFILERES CON CABEZAS DE COLOR	67.00	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

SENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	206,216
STINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
AZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	206,216
GAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	39,181
MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	245,397

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
: DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

Emiteo por	M. 130	V°B° presupuesto	V°B° Contador
------------	--------	------------------	---------------

SERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO		
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	104.00	1,248
2	TERMOLAMINADORA	104.00	1,248
90	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	36,341.00	72,682
24	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	1,494.00	134,460
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	220.00	5,280
15	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	104.00	1,248
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	716.00	10,740
		189.00	3,780

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.-

NTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 TINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
 ZO ENTREGA : 24 HORAS
 AR ENTREGA : TOMAS MORO 1651
 MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR NETO 230,686
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 230,686
 IVA 43,830
 TOTAL FACTURA 274,516

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
/ DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS

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

SERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 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
10	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	445.00	4,450
5	CAJA CORCHETES 1000 UNID. 26/6 MM	71.00	355
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,384.00	4,152
3	CAJA MINAS DE 0,5 12 UNID. Pentel	81.00	243
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILLO	1,384.00	4,152
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	97.00	485
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	13.00	1,300
30	STICK FIX 40 gr. PRITT	521.00	15,630
5	PILAS CR 2032 3 VOL	171.00	855
100	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	12.00	1,200

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

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

CANTIDAD : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 FORMA ENTREGA : VIA LACTEA 9308
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TREINTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y OCHO PESOS

VALOR NETO	32,822
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	32,822
IVA	6,236
TOTAL FACTURA	39,058

Entregado por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

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

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

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

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 11

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	150.00	750
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	486.00	9,720
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	128.00	2,560
3	CAJA MINAS DE 0,9 12 UNID.	124.00	372
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	128.00	2,560
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	150.00	750
3	CAJA MINAS DE 0,7 12 UNID. Pentel	109.00	327
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	150.00	750
10	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	362.00	3,620
5	CARPETA ELASTICO CARTULINA AZUL	55.00	275
5	CARPETA FUELLE OFICIO MALETIN	1,660.00	8,300
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	128.00	2,560
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	128.00	2,560
2	CAJA DE VALORES 20 CMS. CON CERRADURA DE COMBINACION	7,225.00	14,450
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA NEGRO	98.00	2,940
5	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	150.00	750
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	98.00	2,940
30	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	72.00	2,160
2	GREDA PARA MODELAR 1 KG.	169.00	338
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,800.00	54,000
5	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	81.00	405
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	44.00	880
5	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	81.00	405
5	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	81.00	405

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

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

CANTIDAD	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	114,777
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	114,777
MODO ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	21,808
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	136,585
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
: CIENTO TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS			

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

RESERVACIONES: **PROVEEDOR**

ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD AUTORIZADA POR *[Signature]*

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

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CARPETA VINIL CARTA FAST RHEIN		
5	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	410.00	2,050
5	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AMARILLA	1,098.00	5,490
3	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	116.00	580
5	CARPETA PLASTICA 2 BOLSILLOS AZUL	716.00	2,148
5	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	116.00	580
10	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	350.00	1,750
8	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE ROJO	690.00	6,900
8	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE NEGRO	1,122.00	8,976
8	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE AZUL	1,122.00	8,976
5	PILAS AAA x 4	1,122.00	8,976
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,524.00	7,620
5	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCGM 2MM DORADO	1,494.00	44,820
		1,305.00	6,525

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.-

NTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	105,391
TINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
ZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	105,391
AR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	20,024
MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	125,415
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

: CIENTO VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS

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

ERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
24	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	11,760
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	1,384.00	8,304
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	1,384.00	8,304
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,384.00	8,304
4	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	825.00	3,300
2	TONER HP CE285A NEGRO	13,884.00	27,768
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP ROJO	1,384.00	8,304
6	CINTA ADHESIVAS 3M BOOK TAPE 845 101.6X13.7	8,476.00	50,856
4	CORCHETERA BOSH	1,735.00	6,940
50	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	12.00	600
50	FUNDAS PLASTICAS CARTA	13.00	650
3	CUADERNO CLASSIC SCOOTH OFICIO 150 HOJAS	2,645.00	7,935

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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. -

ENTREGA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	143,025
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	143,025
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	27,175
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	170,200
CONDICIONES DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CIENTO SETENTA MIL DOSCIENTOS PESOS		

--	--	--	--

RESERVACIONES: **PROVEEDOR**

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



071990

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 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	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR CELESTE 500 HOJAS	4,485.00	4,485
50	PAQUETE SOBRE SACO 50 UNID.	1,859.00	92,950
12	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,219.00	38,628
1	PAPEL FOTOCOPIA CARTA COLOR AMARILLO 500 HOJAS	4,485.00	4,485
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	96.00	1,152
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	96.00	1,152
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	96.00	1,152

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. -

ENTRADA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	144,004
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	144,004
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	27,361
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	171,365
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
: CIENTO SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS			

	<i>New 120</i>		
Emisor por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

RESERVACIONES: **PROVEEDOR** AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA		
6	CINTA PARA ENMASCARAR 48MM. X40 MT. BLANCA	1,494.00	17,928
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	716.00	4,296
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA AZUL	52.00	624
12	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	92.00	1,104
6	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP NEGRO	62.00	744
6	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	1,430.00	8,580
8	CORCHETERA ALO	275.00	1,650
12	BATERIA DURACELL 9 VOLTS	942.00	7,536
		1,433.00	17,196

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

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

CANTIDAD : 421102 MATERIAL DE OFICINA VALOR NETO 59,658
 DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS DESCUENTO 0.0 0
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS SUB-TOTAL 59,658
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188 IVA 11,335
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO TOTAL FACTURA 70,993
 MONTO : SETENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

At.: Sr.:

Teléfono: 6808010

De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESTACADOR AMARILLO	112.00	336
3	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	1,470
2	PAQUETE SOBRE AMERICANO 50 UNID.		
3	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO	447.00	894
8	SACA PUNTAS METALICO	29.00	87
12	GOMA DE BORRAR	57.00	456
1	PAQUETE SOBRE OFICIO 50 UNID. BLANCO	33.00	396
		1,805.00	1,805

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.-

CANTIDAD	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	5,444
DESTINO	: COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,444
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 9040	IVA	1,034
TERMINO DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	6,478
VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
: SEIS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS			

Emitted por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
<i>[Signature]</i>	<i>Aereo 130</i>		<i>[Signature]</i>

RESERVACIONES: PROVEEDOR AUTORIZADA POR

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

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

FECHA: **06-08-2014**

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

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

Teléfono: **8206290**

De acuerdo a su cotización N° 11

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CLIPS MEDIANO X 50 UND.		
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	119.00	238
10	CARPETA CARTULINA AZUL	128.00	2,560
20	PAPEL VOLANTIN 34 ROJO	56.00	560
20	PAPEL VOLANTIN 32 AZUL	448.00	8,960
20	PAPEL VOLANTIN 00 BLANCO	448.00	8,960
10	LAPIZ PASTA BIC PUNTA FINA AZUL	448.00	8,960
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	98.00	980
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	1,800.00	36,000
24	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	3,219.00	3,219
24	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	72.00	1,728
30	LLAVEROS PLASTICOS DIFERENTES COLORES	418.00	10,032
		26.00	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.-

NTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
TINO : COLEGIO JUAN PABLO II
ZO ENTREGA : 24 HORAS
AR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040
MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
: NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO	82,977
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	82,977
IVA	15,766
TOTAL FACTURA	98,743

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

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE BURDED	926.00	1,852
4	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	1,136
5	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220.00	1,100
6	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,134
10	LAPIZ PILOT 0,7 SUPER GEL AZUL	204.00	2,040
6	CARPETA PLASTICA TRANSPARENTES OFICIO RHEIN	430.00	2,580
2	PILAS AAA x 4	1,524.00	3,048
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	2,376
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	74,700
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,524.00	1,524
1	LIBRO DE ACTAS 100 HOJAS ORGAREX	1,176.00	1,176

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

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

NTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 TINO : COLEGIO JUAN PABLO II
 ZO ENTREGA : 24 HORAS
 AR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040
 MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 : CIENTO DIEZ MIL DOSCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS

VALOR NETO 92,666
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 92,666
 IVA 17,607
 TOTAL FACTURA 110,273

Emitido por *[Signature]*
 Solicitado por *Nero 130*
 V°B° presupuesto
 V°B° Contador *[Signature]*

PROVEEDOR

[Signature]
AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

071985

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 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
5	DESTACADOR ROSADO		
5	DESTACADOR NARANJO	100.00	500
3	TIJERAS GRANDE	144.00	720
100	FUNDAS PLASTICAS OFICIO	293.00	879
100	FUNDAS PLASTICAS CARTA	12.00	1,200
5	DESTACADOR CELESTE	13.00	1,300
5	DESTACADOR VERDE	94.00	470
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	144.00	720
5	DESTACADOR AMARILLO	655.00	6,550
10	STICK FIX 40 gr. UHU	112.00	560
5	SACA PUNTAS METALICO	522.00	5,220
5	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	57.00	285
10	CAJA LAPICES PASTEL 25 COLORES PENTEL	303.00	1,515
10	CORRECTOR LIQUID PAPER FRASCO	891.00	8,910
10	BLOCK PAPEL LUSTRE PROARTE x u	228.00	2,280
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP CELESTE	306.00	3,060
10	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,384.00	13,840
10	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	1,384.00	13,840
		445.00	4,450

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

NTA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	66,299
TINO	: CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
ZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	66,299
AR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	12,597
MA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,896
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS		

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

RESERVACIONES: **PROVEEDOR** **AUTORIZADA POR**

ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
SOLICITADO 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 04-08-2014 sírvase despachar

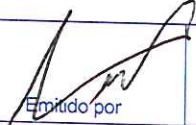


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595.00	5,950
20	CLORO X LITRO	296.00	5,920

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	11,870
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	11,870
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,255
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,125
MON : CATORCE MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS		

 Emitido por	new 131 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 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	578.00	5,780


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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 5,780
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 5,780
 IVA 1,098
 TOTAL FACTURA 6,878

SON : SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

	new 131		
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: 06-08-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

y/o ejecutar, 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	RINSD X 400 KGS		
10	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	536.00	2,680
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	466.00	4,660
2	FOSFOROS COPIHUE X 10 CAJITAS	649.00	3,245
10	BOLSA BASURA 50X70	749.00	1,498
		194.00	1,940

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	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	14,023
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,023
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	2,664
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,687
CONDICIONES	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: DIECISEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS		

Emitido por: *[Signature]* N° 131
Solicitado por: *[Signature]*
V°B° presupuesto: *[Signature]*
V°B° Contador: *[Signature]*

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

PROVEEDOR *[Signature]* AUTORIZADA POR *[Signature]*

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUICIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

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

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



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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700.00	5,400
3	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	7,350
5	COLOR X 5 LTS	1,205.00	6,025
10	BOLSA BASURA 80X110	575.00	5,750
2	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	2,120.00	4,240

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

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

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	28,765
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	28,765
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	5,465
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,230
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTO : TREINTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS			

 Emitido por	Revo 131 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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): 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 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	1,028.00	10,280
30	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	740.00	22,200
10	TRAPERO DOBLE CON OJAL 47X50 VIRUTEX	743.00	7,430
3	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681.00	5,043
10	PANO AMARILLO	124.00	1,240
18	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	949.00	17,082
4	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	191.00	764
2	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	770.00	1,540

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	65,579
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	65,579
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	12,460
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	78,039
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SETENTA Y OCHO MIL TREINTA 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.

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 04-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POTTETT	688.00	20,640
30	CIF CREMA X 750 CC	680.00	20,400
30	AMPOLLETA 80 WATT	175.00	5,250
100	VASOS PLASTICOS 300 CC.	16.00	1,600
5	PANOS SUELOS, VILEDA 50 X 50	401.00	2,005
10	PALA BASURA PLASTICA	420.00	4,200
5	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,163.00	5,815
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,245
2	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188.00	12,376
5	DETERGENTE LIQUIDO VANSISH 1800 CC QUIT	5,491.00	27,455
4	DETERGENTE OMO 400 KGS	540.00	2,160


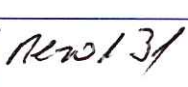


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	105,146
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	105,146
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	19,978
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	125,124

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO VEINTICINCO MIL CIENTO VEINTICUATRO 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 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESENGRASANTE PARA COCINA X 5 LTS. DF-15	2,120.00	19,080
30	COLOR GEL	726.00	21,780
20	COLOR X 5 LTS	1,205.00	24,100
100	BOLSA BASURA 80X120	755.00	75,500
9	ANTIGRASA BIDON DE 5 LTS.	2,120.00	19,080
10	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	502.00	5,020
2	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS	2,218.00	4,436
2	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700.00	5,400
12	ESPONJA VIRUTEX	189.00	2,268

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	176,664
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	176,664
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	33,566
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	210,230

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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

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

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


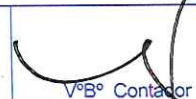
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	VIM LIQ. AMONIACLORO X 1ts	1,589.00	15,890
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681.00	16,810
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS	949.00	5,694
10	PANOS SACO CON OJAL	407.00	4,070
10	PANO AMARILLO	124.00	1,240
10	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS X 16 ROLLO	2,635.00	26,350
10	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	191.00	1,910

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	71,964
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	71,964
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	13,673
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	85,637

SON : OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

	<i>Aeno 131</i>	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

072059

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	942.00	4,710

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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 ASED
 DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 4,710
 DESCUENTO 0.0
 SUB-TOTAL 4,710
 IVA 895
 TOTAL FACTURA 5,605

SON : CINCO MIL SEISCIENTOS CINCO PESOS

Entido por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-08-2014

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
5	VIRUTILLA P/DOLLAS S. BRITE	130.00	650
5	TRAPERO DOBLE C/OJAL	640.00	3,200
6	SERVILLETA NOVA 22 X 23	211.00	1,266
3	REMOVEDOR AMONIACO FURIA X 5 LTS	6,324.00	18,972
1	LIMPIADOR DE ALFOMBRA LIQUIDO	3,030.00	3,030
5	LAVALOZA QUIX 750 ML	649.00	3,245
5	JABON LIQ DOVE P/DISPENSADOR 800 ML	6,188.00	30,940
6	PANO MULTIUSO X 1 CLEAN ALUSA 40 X 37	273.00	1,638
10	INSECTICIDA RAID CASA Y JARDIN	1,872.00	18,720
15	HARPIC GEL EXTRA FUERTE 500 CC.	1,249.00	18,735
5	GUANTES TEJIDO PVC	159.00	795
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	1,365.00	1,365
10	LISOFORM AEROSOL	1,236.00	12,360

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	114,916
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	114,916
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	21,834
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	136,750

MONTO : CIENTO TREINTA Y SEIS 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): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar


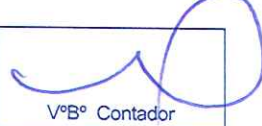
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TOALLA PAPEL JUMBO PISAROLL 2 ROLLOS 300 MTS	6,284.00	62,840
2	LIMPIAVIDRIOS X 5 LTS	2,218.00	4,436
10	MOPA LIMPIEZA VIRUTEX ALGODON CON MANGO	2,339.00	23,390
5	ESPONJA VIRUTEX	189.00	945
10	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595.00	5,950
20	CLORO GEL	726.00	14,520
7	CLORO X 5 LTS	1,205.00	8,435
20	BOLSA BASURA 80 X 120	755.00	15,100
20	BOLSA BASURA 80 X 110	575.00	11,500
20	BOLSA BASURA 70 X 90 POLINASA 10 UND.	405.00	8,100

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

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

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	155,216
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	155,216
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	29,491
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,707
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SIETE PESOS			

	Nro 131	
Expedido 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
O 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

6808010

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 22

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

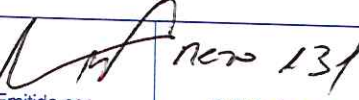
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DETERGENTE OMO MATIC X 5 KGS	770.00	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

ENTRADA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	770
DESTINO	: DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	770
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	146
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	916
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS			

	131		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

SERVACIONES:

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

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

148

072055

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 22 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	740.00	7,400
5	TOALLA NOVA	318.00	1,590
6	PANO AMARILLO	124.00	744
1	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,635.00	2,635

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	12,369
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,369
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	2,350
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,719

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CATORCE MIL SETECIENTOS DIECINUEVE 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 CORRESPONDIEREN 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 04-08-2014 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	SILICONA EN BARRA PARA PISTOLA	640.00	3,200
5	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	1,170
1	PLUMERO	412.00	412
20	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	147.00	2,940
8	PANO MULTIUSO GRANDE	278.00	2,224
4	PALA ASEO PLASTICA MANGO LARGO	425.00	1,700
6	LISOFORM AEROSOL	1,236.00	7,416
4	LIMPIADOR LIQ. LYSOFORM 450 CC. CITRICO D/PACK DES	839.00	3,356
2	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	1,298
2	JABON LIQ. DOVE P/DISPENSADOR 800ML.	6,188.00	12,376
6	GUANTES L virutex latex	792.00	4,752
3	ESCOBILLON PARA LIMPIAR TAZA DE WC	489.00	1,467
6	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON POETT	688.00	4,128
6	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B. POLAR POETT	688.00	4,128
6	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,200.00	7,200
10	BASUREROS PARA BANDOS MEDIANO	3,800.00	38,000
4	DISPENSADOR DE JABON METALICO	7,890.00	31,560
1	DISPENSADOR CONFORT JUMBO	5,463.00	5,463
1	DILUYENTE DUCO BIDON 5 LTS.	9,000.00	9,000
6	BOLSA BASURA 120X130	1,556.00	9,336
10	BOLSA BASURA 50X90	381.00	3,810
6	BASURERO P/SALAS RECTANGULAR	2,660.00	15,960
6	AMPOLLETA 60 WATT	175.00	1,050
6	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	7,092
6	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	982.00	5,892

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	184,930
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	184,930
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	35,137
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	220,067

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

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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 04-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	31,420
6	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BANO SOL POETT	1,038.00	6,228
6	COLOR GEL	726.00	4,356
3	BASURERO 80 LTS.	11,484.00	34,452

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

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


CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 76,456
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 76,456
IVA 14,527
TOTAL FACTURA 90,983

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : NOVENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES 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.

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 06-08-2014 sírvase despachar

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


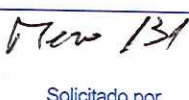
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	DISPENSADOR TOALLA NOVA	15,236.00	30,472
10	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC CITRICO	1,160.00	11,600
12	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	740.00	8,880
6	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	949.00	5,694

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	56,646
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	56,646
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	10,763
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,409

SON : SESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS 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): 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 04-08-2014 sírvase despachar





y/o ejecutar, 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	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT	1,113.00	13,356
20	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	147.00	2,940
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182
6	ALCOHOL DESNATURALIZADO 1 LT.	982.00	5,892
10	MOPA FIBRA 16	1,740.00	17,400
10	LISOFORM AEROSOL	1,236.00	12,360

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	53,130
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	53,130
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	10,095
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,225
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO 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.



072050

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CLORO GEL	726.00	14,520
10	CLORO X 5 LTS	1,205.00	12,050
4	BALDES ESTRUJADOR VIRUTEX	3,132.00	12,528
6	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595.00	3,570

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	42,668
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	42,668
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	8,107
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,775
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : CINCUENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS		

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): 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 06-08-2014 sírvase despachar

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


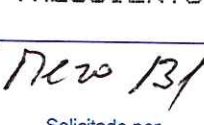
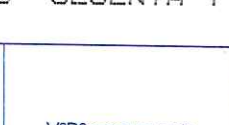
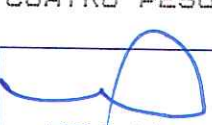
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	ESPONJA COCINA ACANALADA SCOTCH BRITE	191.00	1,146

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	1,146
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,146
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	218
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,364

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : UN MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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 04-08-2014

sírvase despachar


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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	GUANTES PLASTICOS	283.00	2,830
6	GUANTES GOMA 7 1/2	487.00	2,922
6	ESPONJA OLLA ACERO STANDARD VIRGINIA	130.00	780
10	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. B.PRIMAVERAL POE TT	688.00	6,880
4	SADA ZARRO FRASCO	1,916.00	7,664
2	PLUMERO	412.00	824
2	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	1,740
3	PAPEL ALUMINIO	783.00	2,349
2	DESENGRASANTE MR. MUSCULO	942.00	1,884
1	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	1,182
6	CIF CREMA X 750 CC	680.00	4,080
10	BOLSA BASURA 50X90	381.00	3,810
6	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 700 CC.	667.00	4,002

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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	40,947
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	40,947
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	7,780
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,727
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTISIETE PESOS			

 Emitido por	Mew 131 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 A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072047

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr. Teléfono:

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

De acuerdo a su cotización N° 2

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LIMPIAVIDRIOS X 5LTS		
2	DESENGRASANTE X 5 LTS	2,218.00	2,218
12	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	2,120.00	4,240
6	COLOR GEL	6,284.00	75,408
6	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	726.00	4,356
2	COLOR X 5 LTS	595.00	3,570
20	BOLSA BASURA 80X120	1,205.00	2,410
		755.00	15,100

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

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

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	107,302
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	107,302
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	20,387
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,689

MONTO: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MONTO: CIENTO VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por: *[Signature]*
Solicitado por: *new 131*
V°B° presupuesto: *[Signature]*
V°B° Contador: *[Signature]*

RESERVACIONES: **PROVEEDOR** *[Signature]* **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 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 06-08-2014 sírvase despachar

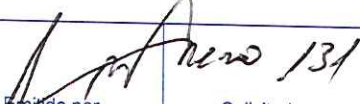
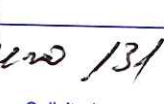
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,589.00	19,068
10	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681.00	16,810
6	PANOS SACO CON OJAL	407.00	2,442
10	PANO AMARILLO	124.00	1,240
4	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	949.00	3,796

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	43,356
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	43,356
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	8,238
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	51,594
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS		

			
Entido 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
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 **04-08-2014**

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 SECA C/MANGO METAL 80 CM.	7,800.00	23,400
6	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	1,404
4	LIMPIADOR PISO FLOTANTE	1,163.00	4,652
5	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	3,245
8	BOLSA BASURA 120X130	1,556.00	12,448
8	GUANTES AMARILLO TALLA L	488.00	3,904
10	BOLSA BASURA 50X70	194.00	1,940
4	AMPOLLETA 100 WATT	175.00	700

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	51,693
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	51,693
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	9,822
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	61,515
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS QUINCE 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.

072044

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

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


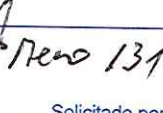


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	50,272
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	405.00	4,050
1	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	2,450
10	BOLSA BASURA 80X120	755.00	7,550
8	ESPONJA P/ LOZA	189.00	1,512
12	CLORO X 5 LTS	1,205.00	14,460

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	80,294
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80,294
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	15,256
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	95,550

SON : NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS 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): 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 06-08-2014 sírvase despachar

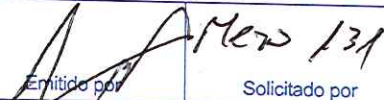
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PANO AMARILLO	124.00	620
1	LIMPIADOR AROMATIZANTE POETT PRIMAVERA 4 LTS.	949.00	949
2	DESODORANTE AMBIENTAL FRESH MATIC AIR WICK + R EPUESTO LAVANDA	3,943.00	7,886
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC LAVANDA	1,203.00	6,015
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO. MAT IC CITRICO	1,160.00	5,800

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	21,270
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	21,270
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	4,041
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	25,311
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

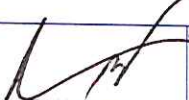

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	SERVILLETA COCTEL BLANCA ELITE 50 UDS.	234.00	4,680
6	PANOS TRAMY 55X49 CM.	1,766.00	10,596
10	PANO MULTIUSO 38X40 CMS. VIRUTEX	564.00	5,640
6	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	2,796
2	REPUESTO FRESH MATIC AIR WICK LAVANDA	3,775.00	7,550
3	ANTIGRASA X 500 ML	780.00	2,340
5	DESODORANTE AMBIENTAL 250 ML. AIRWICK RPTO.MAT IC ROSA FLORES	3,800.00	19,000
15	AMPOLLETA 40 WATT	175.00	2,625

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	55,227
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,227
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	10,493
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	65,720
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS		

Emitido por 	Solicitado por <i>131</i>	V°B° presupuesto 	V°B° Contador
--	---------------------------	--	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

OBSERVACIONES:

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

072041

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	125,680
5	LUSTRA MUEBLES X 250 GRS	595.00	2,975
2	JABON LIQ. X 5LTS	2,450.00	4,900
5	COLOR GEL	726.00	3,630
2	COLOR X 5 LTS	1,205.00	2,410

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	139,595
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	139,595
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	26,523
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	166,118

SON : CIENTO SESENTA Y SEIS MIL CIENTO DIECIOCHO PESOS

 Emitido por	<i>new 131</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.

072040

FECHA: 06-08-2014

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 06-08-2014 sírvase despachar


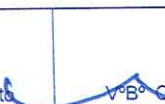

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
25	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	740.00	18,500
2	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. LAVANDA AIR WICK	578.00	1,156

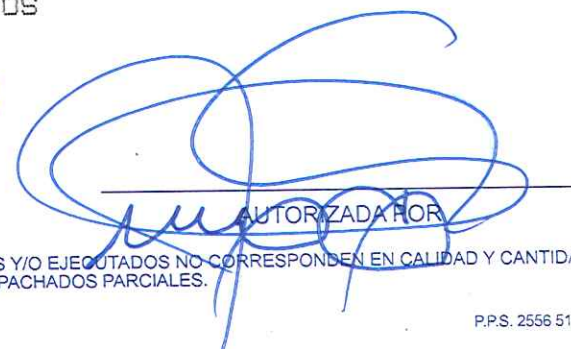
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	19,656
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,656
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	3,735
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,391
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : VEINTITRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS		

 Emitido por	<i>Novo 131</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.

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

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PANO ABSORVENTE SPONGI 3 UNIDADES	466.00	1,864
10	BOLSA BASURA 50X70	194.00	1,940
4	JABON LIQUIDO DOVE FRASCO 800 ML.	6,188.00	24,752
2	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. BOSQUE PINO GLAD E	688.00	1,376
2	TRAPERO DOBLE C/OJAL	640.00	1,280
2	SACA ZARRO FRASCO	1,916.00	3,832
2	DESODORANTE AMBIENTAL 340 CC. FLORES BCA. AIR WICK	688.00	1,376

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

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

NTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	36,420
TINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
ZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,420
AR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA	6,920
MA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,340
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS		

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

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-08-2014 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
10	BOLSA BASURA 70X90 POLINASA 10 UND.	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

ENTIA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 STINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
 AZO ENTREGA : 24 HORAS
 GAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 RMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 N : CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

VALOR NETO 4,050
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 4,050
 IVA 770
 TOTAL FACTURA 4,820

Emitido por *[Signature]*
 Solicitado por *new 131*
 V°B° presupuesto
 V°B° Contador *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

072037

06-08-2014

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 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 MASKINK TARTAN 24 MM X 55 MT. BLANCA 3M	280	2,240
10	CARPETA PLASTICA CON ACCO CLIPS	134	1,340
4	CAJA CLIPS CROMADOS 50 MM 50 UNIDADES	231	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.-

AGENCIA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	4,504
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,504
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	856
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,360
VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA 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.

072035

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

At.: Sr.:

Teléfono: 6205100

De acuerdo a su cotización N° 1

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	SEPARADOR CARTULINA OFICIO 6 POSIC. 3 COLORES ALO	110	440
20	POST IT MEDIANO AMARILLO 3M	220	4,400
4	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	5,976

LA 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. -

NTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 TINO : CASA MARLIT
 ZO ENTREGA : 24 HORAS
 AR ENTREGA : MARLIT 542
 MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 : DOCE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 10,816
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 10,816
 IVA 2,055
 TOTAL FACTURA 12,871

Emtido por *[Signature]* Nro 4130
 Solicitado por
 V°B° presupuesto
 V°B° Contador

PROVEEDOR

[Signature]
 AUTORIZADA POR

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



072034

06-08-2014

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 06-08-2014 sírvase despachar



y/o ejecutar, 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	FUNDAS PLASTICAS CARTA	13	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

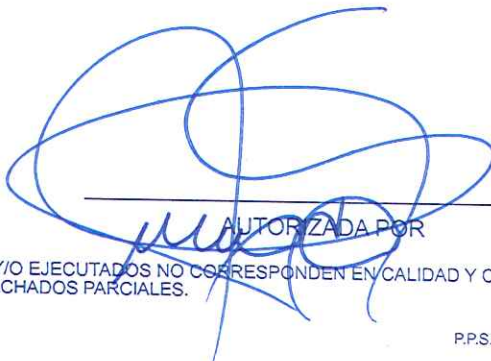
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	650
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	650
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	124
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	774
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS		

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

6205100

Dirección: A. VESPUICIO NORTE 727

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 AAA x 4		
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,524	7,620
5	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,524	1,524
		1,494	7,470

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.-

NTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 TINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU
 ZO ENTREGA : 24 HORAS
 AR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 : DIECINUEVE MIL SETECIENTOS SETENTA Y UN PESOS

VALOR NETO 16,614
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 16,614
 IVA 3,157
 TOTAL FACTURA 19,771

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR *[Signature]*

ERVACIONES:
 ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 TIZADO 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 06-08-2014 sírvase despachar


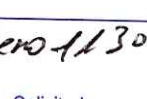


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	303	606
3	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AZUL	1,384	4,152

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

ENTREGA	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	4,758
DESTINO	: MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,758
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	904
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,662
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS			

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

SERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

Señor(es): ILOP S.A. B04782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

y/o ejecutar, 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	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	4,482

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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.-

ENTREGA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

VALOR NETO	4,482
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	4,482
IVA	852
TOTAL FACTURA	5,334

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
<i>[Signature]</i>	<i>Ren 1130</i>		<i>[Signature]</i>

RESERVACIONES: **PROVEEDOR** AUTORIZADA POR *[Signature]*

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

At.: Sr. Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	4,482

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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.-

CANTIDAD	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	4,482
TITULO	: MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,482
PERSONA ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	852
PLAZO DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,334
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
: CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS			

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
	1130		

RESERVACIONES:
 ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 AUTORIZADA POR

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 21

de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	303	909

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

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

C/CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 : UN MIL OCHENTA Y DOS PESOS

VALOR NETO 909
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 909
 IVA 173
 TOTAL FACTURA 1,082

	Pero 4130		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


 AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

072028

11-8

06-08-2014

FECHA:

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 04-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,524	1,524
4	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	5,976

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

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

CANTIDAD	: 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	7,500
DIRECCION	: MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,500
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	1,425
CONDICION DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,925
	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

: OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS

	Nº 1130		
Emitido por	Solicitado por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

AUTORIZADA POR

SERVACIONES:

PROVEEDOR

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: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 21

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	GOMA DE BORRAR		
10	DESTACADOR AMARILLO	33	330
		112	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CANTIDAD : 421102 MATERIAL DE OFICINA
 DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : UN MIL SETECIENTOS VEINTISEIS PESOS

VALOR NETO	1,450
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	1,450
IVA	276
TOTAL FACTURA	1,726

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

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

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 1


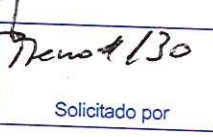
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	1,524	1,524
4	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494	5,976

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

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

NTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	7,500
TINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
ZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,500
AR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,425
MA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,925
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
: OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS		

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

ERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

072124

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON	2,108.00	21,080
2	CD-R 52 X 80 MIN/ 700 MB PACK 25 UNID.	2,097.00	4,194

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

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	25,274
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 25,274
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA 4,802
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 30,076
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	
MON : TREINTA MIL SETENTA 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.

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 13

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

sírvase despachar


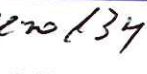



y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	FILTRO MONITOR 14/15 AF-100L 3M	24,549.00	24,549
50	DVD-R IMATION 4.7 GB 16X	259.00	12,950

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMIN	VALOR NETO	37,499
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,499
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	7,125
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,624
CONDICION	VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO	CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS		

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

128

072122

06-08-2014

FECHA:

ILOP S.A. 804782001

Señor(es):
 Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727 6205100

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 3 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, 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 USB GENIUS	2,272.00	22,720

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 : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	22,720
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,720
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	4,317
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,037

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : VEINTISIETE MIL TREINTA Y SIETE PESOS

	134		
Entido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 13

de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	3,880
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 3,880
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA 737
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 4,617

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISIETE PESOS

	134	
Entido 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.

072120

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

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

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

y/o ejecutar, 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	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	2,455.00	12,275

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	12,275
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,275
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	2,332
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,607
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : CATORCE MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS			

 Emitido por	134 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° 23

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar



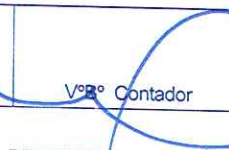
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 18 - 53 X 100	232.00	1,160
5	ETIQUETAS AUTOADHESIVAS 35 X 70 ADETEC DISPLAY	245.00	1,225

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMIN	VALOR NETO	2,385
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,385
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	453
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,838
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTON : DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS			

 Emitido por	<i>Neu/134</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------------	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MASTER RISO CZ 180	22,250.00	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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	178,000
DESTINO	: COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	178,000
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6811	IVA	33,820
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	211,820

MONTO : DOSCIENTOS ONCE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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

128



ORDEN DE COMPRA

072117

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	KIT LIMPIEZA PARA MONITOR LCD	2,455.00	9,820

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	9,820
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL 9,820
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA 1,866
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 11,686

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : ONCE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

	134		
Emtido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

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° 13

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

de Fecha **04-08-2014**

sírvase despachar


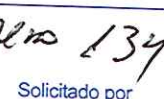


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
25	DVD-R IMATION 4.7 GB 8X STANDARD	250.00	6,250

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	6,250
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,250
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,188
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,438
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : SIETE MIL CUATROCIENTOS 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

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

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




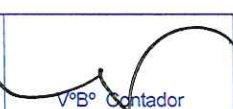
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	LIMPIA PANTALLA COMPUTADOR	1,299.00	2,598

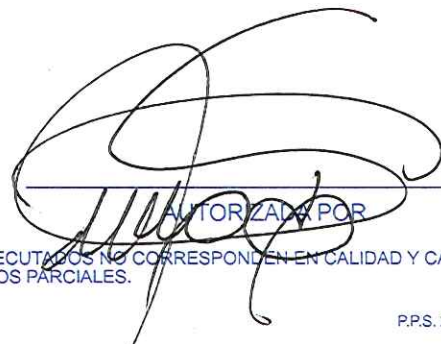
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	2,598
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,598
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	494
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,092
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TRES MIL NOVENTA Y DOS PESOS		

 Emtido 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.

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 06-08-2014 sírvase despachar


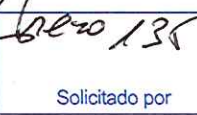

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ACCOCLIPS PLASTICO COLORES CAJA 50 UND.	404.00	404

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

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

CUENTA : 421110 GASTOS EN COMPUTACION	VALOR NETO	404
DESTINO : COLEGIO STA.MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	404
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	77
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	481
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SOM. : CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS		

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

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

072112

06-08-2014

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 13

de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar


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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON INALAMBRICO	4,083.00	16,332

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	16,332
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 16,332
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA 3,103
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 19,435
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS		

 Emitido por	ne-134 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.

072111

06-08-2014

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 13

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar


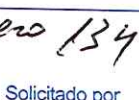


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TECLADO USB NEGRO KENSINGTON INALAMBRICO	4,083.00	8,166
3	MOUSE CON SCROLL INALAMBRICO	4,875.00	14,625

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

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

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	22,791
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,791
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	4,330
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,121
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTIUN PESOS			

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar




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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	DVD-R GRABABLE 1 UN. 4.7GB. 16X HP SLIM	259.00	5,180
20	CD IMATION GRABABLE	194.00	3,880

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

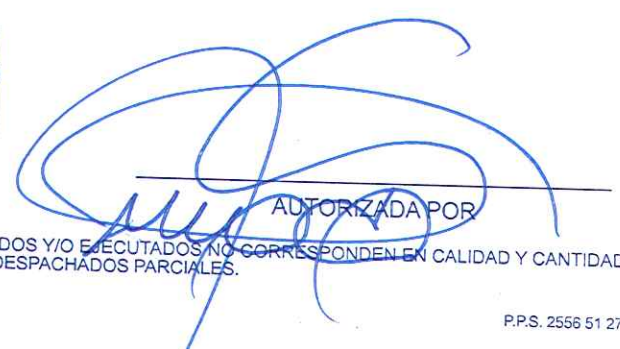
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINI	VALOR NETO	9,060
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,060
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,721
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	10,781
CONDICION : DIEZ MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS		

 Emitido por	134 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

072109

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CINTA IMPRESORA OKI MICROLINE 320 TURBO	1,290.00	6,450
5	CINTA IMPRESORA OKI MICROLINE 420 TURBO	3,496.00	17,480

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	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	23,930
DESTINO	: ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL 23,930
LUGAR ENTREGA	: REYES LAVALLE 3207	IVA 4,547
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 28,477

MONTO : VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS

Emitted por <i>[Signature]</i>	Solicitado por 134	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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

072108

06-08-2014

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 14

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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. OFICIO	1,800.00	27,000

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	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	27,000
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,000
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	5,130
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	32,130
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MONTANTO : TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS			

Emitted 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.

072107

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 4

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	22,410
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	22,410
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	4,258
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	26,668

SON : VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

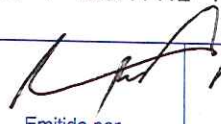
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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 FONOS: 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
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS		

 Emitido por	new 133 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

128

072105

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	1,800.00	90,000

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	90,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	90,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	17,100
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	107,100

MONTO : CIENTO SIETE MIL CIEN PESOS
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

	<i>Renzo 133</i>	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

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

Teléfono:
 ** Despachar factura en Lugar. Entrega **
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	5,240


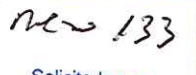
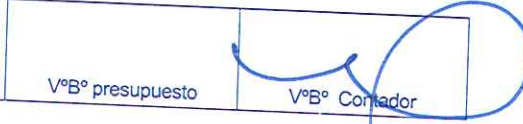

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES
 DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR NETO : 5,240
 DESCUENTO 0.0 : 0
 SUB-TOTAL : 5,240
 IVA : 996
 TOTAL FACTURA : 6,236

VALOR NETO 5,240
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 5,240
 IVA 996
 TOTAL FACTURA 6,236

MONTO : SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

Emtido por:  133
 Solicitado por: 
 V°B° presupuesto: 
 V°B° Contador: 

AUTORIZADA POR: 

OBSERVACIONES:

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

072103

FECHA: 06-08-2014

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° 24 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR OFICIOX100 UNO.	4,088.00	4,088
5	PAQUETE GOMA EVA 5 COLORES (COL.BASICOS) ALD	536.00	2,680
20	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM PARA OLEO 80 CC.	483.00	9,660
5	DESTACADOR CELESTE	94.00	470
20	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	33.00	660
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	548.00	10,960
4	TIJERAS GRANDE	293.00	1,172
5	STICK FIX 40 gr. PRITT	425.00	2,125
30	LAPIZ GRASFITO FABER-CASTEL Nro.2 TRIANGULAR S IN GOMA	83.00	2,490
20	CUADERNO UNIVERSITARIO MATEMATICAS 100 HJS.	303.00	6,060
3	CUADERNO CLASSIC SCOTCH OFICIO 150 HOJAS	1,124.00	3,372
6	CORRECTOR ROLLER PUNTA METAL 7 ML BLANCO UNID. LIQUID PAPER	490.00	2,940
12	CINTA ADHESIVAS DOBLE CONTACTO	825.00	9,900
10	CINTA ADHESIVAS 3M CRISTAL19MM X20 MT. (SCOTCH)	655.00	6,550

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES
 DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO	63,127
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	63,127
IVA	11,994
TOTAL FACTURA	75,121

SON : SETENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTIUN PESOS

	<i>Reus 133</i>		
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.

072102

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 14

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE NEGRO DOBLE PUNTA 36 115NG	575.00	2,875
20	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM AZUL PILOT	227.00	4,540
5	PINCEL PLANO 577 N° 14 ALO	250.00	1,250
50	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA ROJO	92.00	4,600
30	LAPIZ PASTA BIC PUNTA GRUESA NEGRO	92.00	2,760
10	CUADERNO COLLEGE 80 HJS.	290.00	2,900
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR VERDE CLARO PROARTE	127.00	3,810
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROSADO	127.00	2,540

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

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

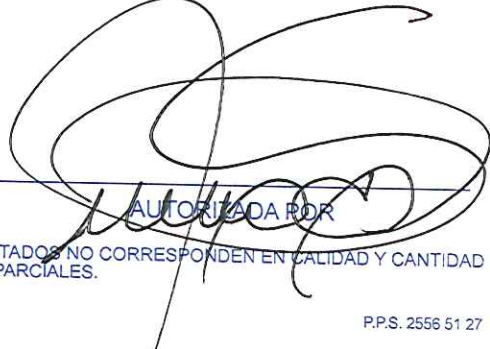
CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	25,275
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	25,275
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	4,802
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,077
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : TREINTA MIL SETENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	PLANO 133 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	-----------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

14-8

072101

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	5,080
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR NARANJA PROARTE	127.00	2,540
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR CELESTE PROARTE	127.00	3,810
40	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	127.00	5,080
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	2,540
30	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	3,810
5	PINCEL CERDA PLANO SELLOFFICE N° 20	271.00	1,355
30	CARTULINA PINTAD 53X75 NEGRO ARTEL	124.00	3,720
10	CARTON FORRADO 260 GRS. DI-ART BLANCO	215.00	2,150
15	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	159.00	2,385
50	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	2,800
3	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	960
5	DESTACADOR NARANJO	159.00	795
5	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	2,275
5	DESTACADOR AMARILLO	159.00	795
80	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,800.00	144,000
10	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	83.00	830
10	PAPEL CREPE PLIEGO AZUL ROLLY	83.00	830
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA ROJO PILOT	1,150.00	11,500
20	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	46.00	920
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA NEGRO PILOT	1,150.00	11,500
10	FRASCO TINTA RELLENO PLUMON PIZARRA AZUL PILOT	1,150.00	11,500
10	TEMPERA 12 COLORES ARTEL	669.00	6,690
30	SACA PUNTAS METALICO	95.00	2,850
15	REGLA 20 CM. TRANSPARENTE	59.00	885
5	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM ROJO PILOT	227.00	1,135
5	DESTACADOR VERDE	159.00	795
5	PLUMON PIZARRA RECARGABLE 1,8 MM NEGRO PILOT	227.00	1,135
5	DESTACADOR ROSADO	159.00	795
5	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE ROJO DOBLE PUNTA 361 15RJ	575.00	2,875
5	MARCADOR MULTIUSO SHARPIE AZUL DOBLE PUNTA 361 15AZ	575.00	2,875


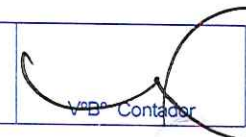
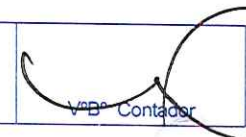
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	241,210
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	241,210
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	45,830
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	287,040

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUARENTA PESOS

Emitido por: 
 Solicitado por: *NR 133*
 V°B° presupuesto: 
 V°B° Contador: 

AUTORIZADA POR 

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072100

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 4

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	690.00	6,900
10	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLDRIFIC	350.00	3,500
5	BORRADOR PARA PIZARRA BLANCA	284.00	1,420
80	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	119,520
3	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCGM 2MM DORADO	1,305.00	3,915
4	CINTA PARA ENMASCARAR 18MM. X40 MT.	275.00	1,100
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	3,780

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	140,135
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	140,135
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	26,626
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	166,761

MONTO : CIENTO SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y UN PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

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 06-08-2014 sírvase despachar



y/o ejecutar, 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	FUNDAS PLASTICAS OFICIO		
10	CAJA PLASTICINA 12 U. COLOR SURTIDO JOVI	19.00	3,800
20	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	445.00	4,450
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP VERDE	548.00	10,960
2	ARCHIVADOR LOMO ANCHO OFICIO TORRE TOP AMARILL	1,384.00	2,768
		1,384.00	2,768

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	24,746
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,746
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	4,702
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,448
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS		

 Emitido por	new 133 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 14

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR BLANCA PROARTE	127.00	2,540
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	2,540
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	1,590
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, ROJO	159.00	1,590
30	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,800.00	54,000
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, NARANJA	159.00	1,590
5	PAPEL CREPE PLIEGO VERDE OSCURO ROLLY	83.00	415
5	PAPEL CREPE PLIEGO ROJO ROLLY	83.00	415
2	MICA DE ENCUADERNACION OFICIO NATURAL 100 UD. IBICO	1,297.00	2,594
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	159.00	1,590
10	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AMARILLO	159.00	1,590
3	CARPETA FUELLE OFICIO MALETIN	1,620.00	4,860
5	LAPIZ PILOT HI TEC POINT V7 FINE ROJO	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 AZUL	917.00	4,585
2	GREDA PARA MODELAR 1 KG.	169.00	338
200	FUNDAS PLASTICAS CARTA	169.00	33,800
5	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	1,600
5	CAJA LAPICES DE CERA 12 UNID. CORTOS JOVI	317.00	1,585
1	CAJA TERMOLAMINADO HEATSEAL DE 9" X 14.5"	13,390.00	13,390
20	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	2,540

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

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

CUENTA	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	142,322
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	142,322
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	27,041
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	169,363
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO			
MON : CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS			

 Emitido por	<i>new 133</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.

072097

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 4

de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

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


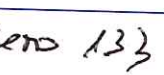


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
60	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	89,640
5	MARCADOR PERMANENTE PILOT OLEO SCGM 2MM DORADO	1,305.00	6,525
5	CARPETA ARTE PROARTE CARTULINA ESPANOLA X 10 H JS	690.00	3,450
5	CUADERNO CARTA TORRE TRIPLE	1,098.00	5,490
20	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	3,780

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	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	108,885
DESTINO	: COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	108,885
LUGAR ENTREGA	: VIA LACTEA 9308	IVA	20,688
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	129,573

MON : CIENTO VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y TRES PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

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

Teléfono:
** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

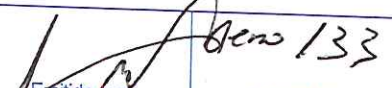
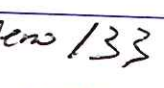
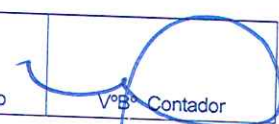
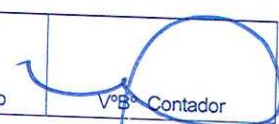
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	CAJA LAPIZ GRAFITO HB ALO		
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	29.00	348
12	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	267.00	3,204
12	STICK FIX 40 gr. PRITT	548.00	6,576
3	PUSH PINS X 100 UND.	425.00	5,100
12	PLUMON PERMANENTE NEGRO ALO UNID.	194.00	582
12	PLUMON PERMANENTE AZUL ALO UNID.	174.00	2,088
2	PILAS ALKALINA AA X 12 UND. DURACELL + 3	174.00	2,088
12	MARCADOR ROPA M10 NEGRO	779.00	1,558
1	LAMINA PARA TERMOLAMINAR CARTAX100 UND.	370.00	4,440
12	GOMA DE BORRAR STAEDTLER	3,498.00	3,498
		33.00	396

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	29,878
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,878
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	5,677
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,555
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-08-2014

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 04-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 14



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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AZUL PROARTE	127.00	1,524
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR AMARILLO PROARTE	127.00	1,524
25	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. VERDE PROARTE	273.00	6,825
12	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. ORO PROARTE	273.00	3,276
12	CARTULINA METALICA 50 X 65 CM. AZUL PROARTE	273.00	3,276
24	CARPETA COLGANTE CON RIEL PLASTICO COLON	106.00	2,544
12	CAJA LAPICES DE COLORES 12 UNID. LARGOS	320.00	3,840
12	BLOCK DE DIBUJO TAMANO MEDIUM 99 20 HJS.	455.00	5,460
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM AZUL ofiyet	227.00	2,724
6	PILAS DURACELL (GRANDES) X 2 UNIDADES	1,529.00	9,174
6	PILAS AA RECARGABLES 2000	2,400.00	14,400
6	MASILLA ADHESIVA U-TAC UHU 68GR.	798.00	4,788
12	CARTULINAS 55 X 77 COLOR ROJO PROARTE	127.00	1,524

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	60,879
DESTINO	: COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	60,879
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	11,567
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	72,446
CONDICION DE PAGO	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA	: SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS		

 Emitido por	133 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------	------------------	--

RESERVACIONES: **PROVEEDOR**  **AUTORIZADA POR**

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 4

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


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	CAJA LAPIZ SCRIPTO 12 COLORES COLORIFIC	350.00	4,200
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM ROJO ALO	198.00	2,376
12	PLUMON PIZARRA DESECHABLE 1,8 MM NEGRO ALO	198.00	2,376
24	PAPEL CRAF PLIEGO	43.00	1,032
12	MARCADOR ROPA M10 ROJO	614.00	7,368
12	MARCADOR ROPA M10 AZUL	614.00	7,368

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	24,720
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,720
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	4,697
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,417

MONTO : VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS

 <i>new 133</i>			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

072093

FECHA: 06-08-2014

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° 24 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
36	LAPIZ GRAFITO FABER-CASTELL x u	83.00	2,988
6	BLOCK DE DIBUJO TAMANO LICEO 20 HJS.	267.00	1,602
5	BLOCK CARTULINA COLORES SURTIDOS PROARTE	548.00	2,740

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	7,330
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	7,330
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	1,393
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,723
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHO MIL SETECIENTOS VEINTITRES 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

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

De acuerdo a su cotización N° 14




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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PEGAMENTO UNIVERSAL 125 ML. UHU	1,390.00	4,170
20	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. OFICIO	1,800.00	36,000
1	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. DOBLECARTA	3,219.00	3,219
10	PAPEL CRAF PLIEGO GRUESO	46.00	460
4	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, VERDE	159.00	636
6	CARPETA PLASTIFICADAS CON GUSANO, AZUL	159.00	954
10	CARPETA CARTULINA AZUL	56.00	560

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

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

CUENTA : 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	45,999
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	45,999
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	8,740
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	54,739
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS		

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

12-8

072091

FECHA: 06-08-2014

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° 4

de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PEGAMENTO LA GOTITA	722.00	722
50	PAPEL MULTIPROPOSITO 500 HJS. CARTA	1,494.00	74,700
8	CINTA EMBALAJE TRANSPARENTE 48 MM X 40 MT. OPP	189.00	1,512

LA 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	: 421120 INSUMOS ESCOLARES	VALOR NETO	76,934
DESTINO	: COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	76,934
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 9040	IVA	14,617
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	91,551

SON : NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

118

072090

06-08-2014

FECHA:

PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Señor(es):

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 04-08-2014

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	LISOFORM AEROSOL	1,236.00	4,944
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	649
4	JABON LIQ. 340 ML. KLAREN MANZANA C/DOSIFICADO R	492.00	1,968
4	REPUESTO GLADE ENCHUFE VAINILLA	1,986.00	7,944
8	CIF CREMA X 750 CC	680.00	5,440
7	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA 300 MTS C/U CAJA X 18 PQTS	1,365.00	9,555

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	30,500
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,500
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	5,795
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	36,295

SON : TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO 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.



ORDEN DE COMPRA

118

072089

06-08-2014

FECHA:

ILOP S.A. 804782001

Señor(es):

A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Dirección:

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

At.: Sr.:

04-08-2014

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	726.00	2,904
8	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	53,176
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	53,176
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	10,103
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	63,279
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA 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.

FECHA:

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

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

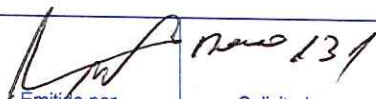
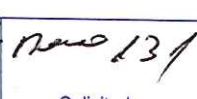


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TOALLA NOVA	318.00	3,180

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	3,180
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,180
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	604
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,784

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TRES MIL SETECIENTOS 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:

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 **04-08-2014**

sírvase despachar



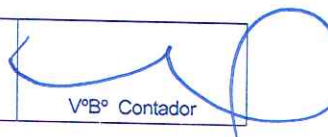
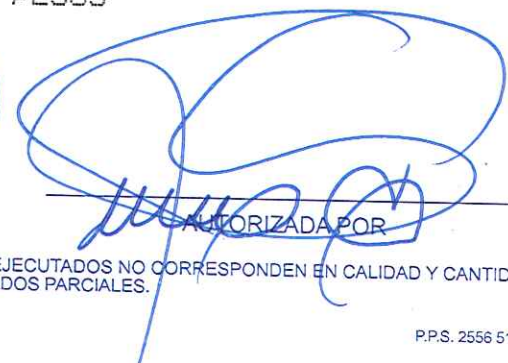
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	2,610
1	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	649
6	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	688.00	4,128
6	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,200.00	7,200
6	BOLSA ALMACEN. ZIPLOC C/CIERRE 18X20	1,528.00	9,168
5	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT	1,113.00	5,565

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	29,320
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,320
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,571
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,891
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS		

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

072086

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

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

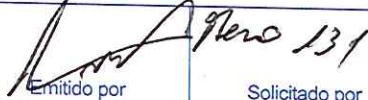
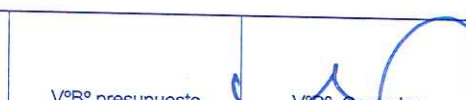


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	1,675.00	3,350
4	CLORO X LITRO	296.00	1,184

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	4,534
DESTINO : MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,534
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	861
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,395

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

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


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

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

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar


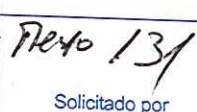


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TOALLA NOVA	318.00	636

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	636
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	636
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	121
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	757
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : SETECIENTOS 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

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

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

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



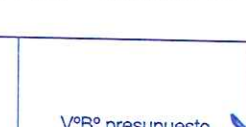
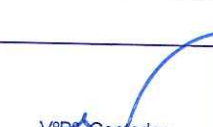

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	1,675.00	3,350

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	3,350
DESTINO : MINICONULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,350
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	637
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,987

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA 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: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 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
1	TOALLA NOVA 4 ROLLOS	1,681.00	1,681

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	1,681
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,681
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	319
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,000
MON : DOS MIL PESOS		

Emitido por: *[Signature]*
 Solicitado por: *[Signature]*
 V°B° presupuesto: *[Signature]*
 V°B° Contador: *[Signature]*
 PROVEEDOR: *[Signature]*
 AUTORIZADA POR: *[Signature]*

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

11-8

072082

06-08-2014

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	1,740
2	ACIDO MURIATICO X LITRO	679.00	1,358

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	3,098
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,098
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	589
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,687

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar


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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGIENICO X 8 ROLLOS	1,675.00	3,350

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	3,350
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,350
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	637
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,987
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTO : TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS		

	new 131		
Emitted por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

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

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° **12**

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

de Fecha **04-08-2014**

sírvase despachar





y/o ejecutar, 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	LAVALOZAS QUIX 750 ML.	649.00	2,596
12	DESODORANTE AMBIENTAL 360 CC. SUAV. ALGODON PO ETT	688.00	8,256
20	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT	1,113.00	22,260

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	33,112
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	33,112
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	6,291
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	39,403
FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS 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): ILOP S. A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

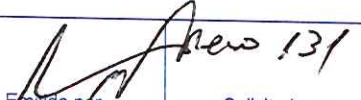
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TUBO FLORECENTE 20 WATTS	502.00	5,020

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	5,020
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	5,020
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	954
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,974
MON : CINCO MIL NOVECIENTOS 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): 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 06-08-2014 sírvase despachar

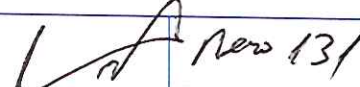
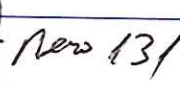


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	TOALLA NOVA	318.00	6,360

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	6,360
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,360
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,208
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,568
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS		

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

sírvase despachar


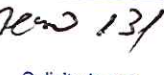
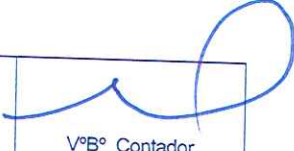

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	5.00	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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	10,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	10,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,900
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,900
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : ONCE MIL NOVECIENTOS PESOS		

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

FECHA: 06-08-2014

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

Teléfono: 6205100

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

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	CLORO X LITRO	296.00	2,960

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	2,960
ESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,960
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	562
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,522
CONDICION : TRES MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS		

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

FECHA: 06-08-2014

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 NOVA 4 ROLLOS	1,681.00	13,448

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	13,448
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,448
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	2,555
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,003
CONDICION : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA : DIECISEIS MIL TRES PESOS		

Emitted por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>[Signature]</i>	V°B° presupuesto <i>[Signature]</i>	V°B° Contador <i>[Signature]</i>	AUTORIZADA POR <i>[Signature]</i>
-----------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------------

RESERVACIONES: _____
 PROVEEDOR _____

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

06-08-2014

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

FECHA:

Dirección: **LAS ROSAS 5757 HUECHURABA**

8206290

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

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 12

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

de Fecha **04-08-2014**

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PAPELERO CON PEDAL 13.5 LTS. 36X26	4,900.00	14,700
1	ATOMIZADOR O ROCIADOR X 500 CC.	614.00	614

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	15,314
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOGÍA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,314
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	2,910
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,224
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS		

Emitted por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>131</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador	AUTORIZADA POR <i>[Signature]</i>
-----------------------------------	------------------------------	------------------	---------------	--------------------------------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar


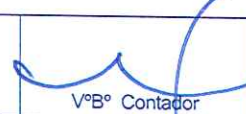
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	3,480
5	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,200.00	6,000
5	CIF CREMA X 750 CC	680.00	3,400
10	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT	1,113.00	11,130

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	24,010
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,010
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,562
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,572
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS		

 Emitido por	new 131 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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



ORDEN DE COMPRA

072072

118

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr.:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 2

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 HIGIENICO X 8 ROLLOS	1,675.00	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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	16,750
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	16,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	3,183
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	19,933

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

	131	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

06-08-2014

FECHA:

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

8206290

Teléfono:

At.: Sr.: CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **

De acuerdo a su cotización N° 12

de Fecha 04-08-2014

sírvase despachar

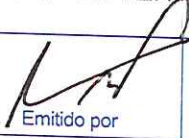


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

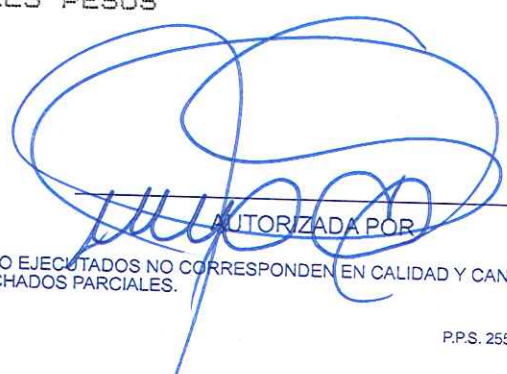
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	2,936.00	8,808
2	ALCOHOL GEL 340 CC CAJ X 15 FRASCO	1,182.00	2,364
5	SOPAPO	404.00	2,020
6	PORTA TOALLA JUMBO P/ROLLO DE 300 MTS.	5,463.00	32,778
10	LISOFORM AEROSOL	1,236.00	12,360
1,000	BOLSAS PLASTICAS TRASPARENTES 20X15 CMS.	5.00	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	63,330
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	63,330
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	12,033
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	75,363
MONEDA	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA	: SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS		

 Emitido por	neto 131 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

11-8

072070

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): ILOP S.A. 804782001

Dirección: A. VESPUCIO NORTE 727

6205100

Teléfono:

At.: Sr. ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° 2 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
60	PAPEL TOALLA JUMBO BLANCA X 300 MTS C/U PQTE X 2 ROLLOS	6,284.00	377,040
1	LAVALOZAS X 5 LTS	2,700.00	2,700
3	JABON LIQ, X 5LTS	2,450.00	7,350
10	COLORO X LITRO	296.00	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	390,050
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	390,050
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	74,110
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	464,160

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA PESOS

	<i>Mov. 131</i>		
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: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

6808010

Teléfono:

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

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	VIM LIQ. AMONIACLOROx 1ts	1,589.00	15,890
20	TUBO FLORECENTE 40 WATTS	740.00	14,800
5	PAPEL HIGIENICO X 50 MTS x 16 rollo	2,635.00	13,175

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS

VALOR NETO 43,865
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 43,865
 IVA 8,334
 TOTAL FACTURA 52,199

Emtido por *Anew 131*
 Solicitado por
 V°B° presupuesto
 V°B° Contador

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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



ORDEN DE COMPRA

072068

FECHA:

06-08-2014

Señor(es):

PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

At: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

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
10	SHAMPOO KIT PARA AUTO 55 CC. JOHNSON	659.00	6,590
10	RENOVADOR DE GOMA PARA AUTOMOVIL KIT 440 CC.	1,290.00	12,900
10	PASTILLA DESINFECTANTE P/BARRA PATO PURIFIC.	870.00	8,700
20	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 40 WATTS	147.00	2,940
20	PARTIDOR PARA TUBO FLUORESCENTE DE 20 WATTS	169.00	3,380
48	DESODORANTE AMBIENTAL 400 CC. AROMAS SURTIDO A ROM	688.00	33,224
48	DESINFECTANTE AEROSOL LYSOL	1,200.00	57,600
3	BASURERO CON TAPA Y PEDAL 9 LTS.	2,936.00	8,808
10	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA PL 26 WATT (dos patas)	820.00	8,200
10	AMPOLLETA AHORRO ENERGIA 20 WATT	1,113.00	11,130
VALOR UNITARIO			
TOTAL VALOR			

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

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

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CIENTO OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

VALOR NETO 153,272
 DESCUENTO 0.00
 SUB-TOTAL 153,272
 IVA 29,122
 TOTAL FACTURA 182,394

OBSERVACIONES:

Cantidad por	Solicitado por	VºBº presupuesto	VºBº Contador
	131		

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA
De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	ACIDO MEFENAMICO 500 MG cj x 10	152.0	1,520
4	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	10,796.0	43,184
280	JABON GERM TRICLOSAM 1%	418.0	117,040
50	CLOTRIMAZOL 500 MG por 1 OVULO	545.0	27,250
300	BROMHEXINA JBE 4 MG/SML por 1	363.0	108,900
140	MEDROXIPROGESTERONA 5 MG por 20	805.0	112,700





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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	410,594
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	410,594
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	78,013
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	488,607

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	15,000.0	75,000
169	PAROXETINA 20 MG. X 30	1,500.0	253,500



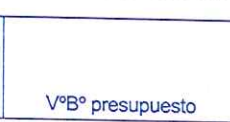

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	328,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	328,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	62,415
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	390,915

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS NOVENTA MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 08

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

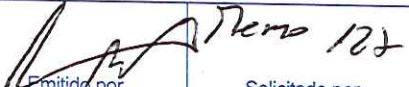
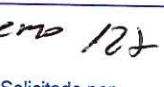
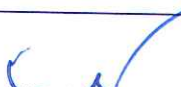
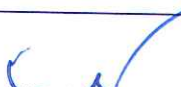
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
67	AC. FOLICO 5 MG por 30	960.0	64,320
116	AC. FOLICO 1 MG POR 30	600.0	69,600
215	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.0	322,500
1	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	7,000.0	7,000
20	MACROSAN 100 MG POR 50	4,500.0	90,000

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	553,420
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	553,420
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	105,150
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	658,570

SON : SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

072169

FECHA: 06-08-2014

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

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 49493

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
485	EUTIROX 100 MG. X 100 COMP.	1,300.0	630,500
134	METFORMINA 850 MG por 500 GLAFORNIL	7,500.0	1,005,000


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	1,635,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,635,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	310,745
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,946,245

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

 Emitido por	Renzo 129 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 VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 08

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

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



CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
265	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472.0	125,080

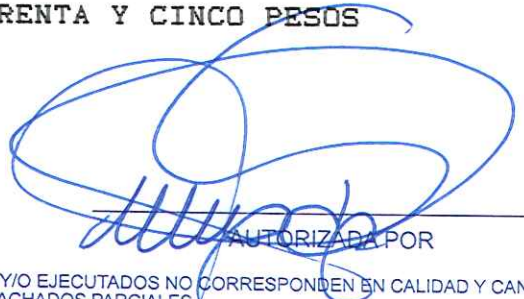
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

CUENTA : 424263	COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	125,080
DESTINO : CONSULTORIO	APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS		SUB-TOTAL	125,080
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611		IVA	23,765
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	148,845

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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

 Emitido por	Nero 129 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
137	BENGUE POMADA POTE 30grs	499.0	68,363


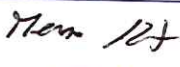

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	68,363
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	68,363
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	12,989
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,352

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

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

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

072166

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

**** 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.


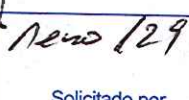


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	SERTRALINA 50 MG. POR 30 COMP.	337.0	168,500

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	VALOR NETO	168,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	168,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	32,015
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	200,515

SON : DOSCIENTOS MIL QUINIENTOS QUINCE PESOS

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: AGUSTINAS N° 695

Teléfono:

At.: Sr. FREDDY MILLA

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

De acuerdo a su cotización N° 08

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	20,000.0	40,000
250	VITAMINA B1+B6+B12 POR 3	2,055.0	513,750

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


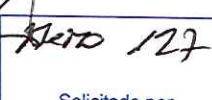


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 553,750
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 553,750
IVA 105,213
TOTAL FACTURA 658,963

SON : SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO 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

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
148	GEMFIBROZILO 600 MG por 20	870.0	128,760
6	LORATADINA 10 MG POR 1000	7,500.0	45,000
4	ESPIRONOLACTONA 25 MG. X 1000	17,500.0	70,000
4	NIFEDIPINO 10 MG. por 1000	10,800.0	43,200

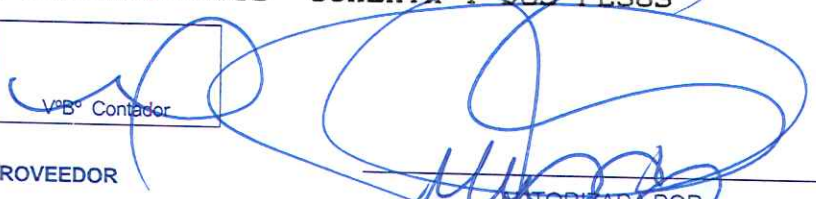
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	286,960
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	286,960
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	54,522
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	341,482

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	Memo 179 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.

072163

FECHA: 06-08-2014

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 05-08-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, 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	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	920.0	2,760
159	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.0	938,100
5	IBUPROFENO 400 MG por 1000	12,500.0	62,500
2	PREDNISONA 5 MG por 1000	9,500.0	19,000





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	1,022,360
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,022,360
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	194,248
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,216,608

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DOSCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS 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.

072162

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
87	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,600.0	748,200
31	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,550.0	110,050



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

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	858,250
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	858,250
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	163,068
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,021,318

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON VEINTIUN MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS

 Emitido por	Req 129 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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° 08

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

y/o ejecutar, 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	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	890.0	33,820
2	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,400.0	4,800




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


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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	38,620
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	38,620
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,338
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	45,958

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

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


AUTORIZADO POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072160

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 3188

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
720	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 100	800.0	576,000
672	ATORVASTATINA 10 MG por 30	312.0	209,664
8	PROPANOLOL 10 MG por 1000	3,254.0	26,032

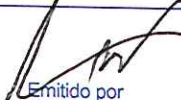


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	811,696
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	811,696
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	154,222
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	965,918

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS

 Emitido por	Nero 129 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384


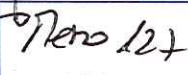
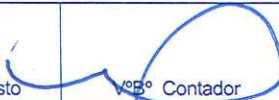

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N° 3188 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	5,792.0	11,584
4	DICLOFENACO INF 12,5 MG por 5	260.0	1,040

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	12,624
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,624
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	2,399
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	15,023
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : QUINCE MIL VEINTITRES 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): SERCOFAR S. A. 766307507

Dirección: SAN FRANCISCO 1599

Teléfono:

At.: Sr.: FREDDY MILLA

De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
267	POLIVITAMINICO por 30 COMP.	510.0	136,170

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

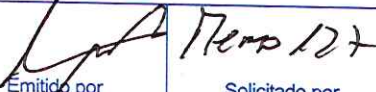



No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 136,170
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 136,170
 IVA 25,872
 TOTAL FACTURA 162,042

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SESENTA Y DOS MIL 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.

072157

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	3,900.0	19,500


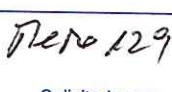


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	19,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	19,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	3,705
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,205

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTETRES MIL DOSCIENTOS 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): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	22,440.0	67,320
199	PARACETAMOL 500 MG por 1000	4,550.0	905,450

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	972,770
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	972,770
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	184,826
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,157,596

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS 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.

072155

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): SALCOBRAND S. A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF.74

4227296

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
41	PASTA LASAR 30 Grs.	490.0	20,090


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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	20,090
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	20,090
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	3,817
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	23,907

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTITRES MIL NOVECIENTOS 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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): INTERPHARMA S.A. 995431904

Dirección: CAMINO A MELIPILLA 6873 -C

Teléfono: 5571240

At.: Sr.: MIGUEL GIRALDA

De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
543	CLARITROMICINA 500 MG MUS X 14	2,800.0	1,520,400


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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	1,520,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,520,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	288,876
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,809,276

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	12-9 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: 06-08-2014

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
530	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.0	1,404,500


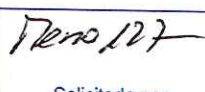
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,404,500
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,404,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	266,855
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,671,355

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO - 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): CHEMOPHARMA S. A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	IBUPROFENO JBE. 200 MG por 25	17,000.0	170,000
800	AMBROXOL JBE 4MG/60ML	380.0	304,000
15	CLONIXINATO LISINA 125MG COMP x 500	14,000.0	210,000

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 684,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 684,000
 IVA 129,960
 TOTAL FACTURA 813,960

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHOCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS

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


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

072151

FECHA: 06-08-2014

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

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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

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

y/o ejecutar, 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	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	6,900.0	27,600
14	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,400.0	75,600

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	103,200
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	103,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	19,608
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	122,808

SON : CIENTO VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Renzo ILB</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): 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 04-08-2014 sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
112	METFORMINA 850 MG por 1000	8,600.0	963,200



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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	963,200
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	963,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	183,008
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,146,208

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS

 Emitido por	<i>Piero 127</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.

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 04-08-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

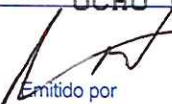
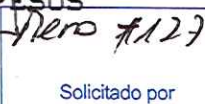
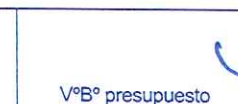

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	KILNITS SHMP 1% 60 ML	1,700.0	51,000
70	TROLIT CJ/21 CM.	3,100.0	217,000
2,800	TRIMEBUTRINO MALEATO 100MG X 20	310.0	868,000
7	ERITROMICINA JBE. 200MG/ 5ML por 25	23,900.0	167,300
4	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.0	35,200
100	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.0	480,000
28	AMOXICILINA JARABE 500 MG por 25	14,000.0	392,000
11	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	4,900.0	53,900
5	CEFADROXILO 500 MG por 100	6,800.0	34,000
8	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,900.0	103,200
60	CLARITROMICINA 500 MG por 100	11,900.0	714,000
10	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	12,000.0	120,000
20	CROTAMITON CERMA 10% POMO/50 GR. por 1	930.0	18,600

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	3,254,200
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,254,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	618,298
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,872,498

SON : TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y -
OCHO PESOS

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

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

AUTORIZADA POR

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 08 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,285	AMOXICILINA 500 MG por 21 AMOVAL	4,140.0	9,459,900

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	VALOR NETO	9,459,900
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	9,459,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	1,797,381
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	11,257,281

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : ONCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y - UN PESOS

	129		
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.

072147

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

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

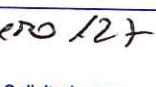


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
170	OFTABIOTICO UNGUENTO	2,700.0	459,000
270	OFTABIOTICO COLIRIO	2,700.0	729,000

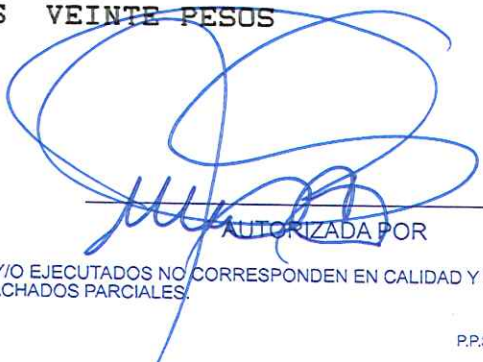
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,188,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,188,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	225,720
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,413,720

SON : UN MILLON CUATROCIENTOS TRECE MIL SETECIENTOS VEINTE 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: 06-08-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3,000	ATORVASTATINA 20 MG. x 30 COMP.	564.0	1,692,000

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	1,692,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,692,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	321,480
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,013,480

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES TRECE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS

			
Entido 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: 06-08-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1,800	SERTRALINA 50 MG POR 30	337.0	606,600

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. -

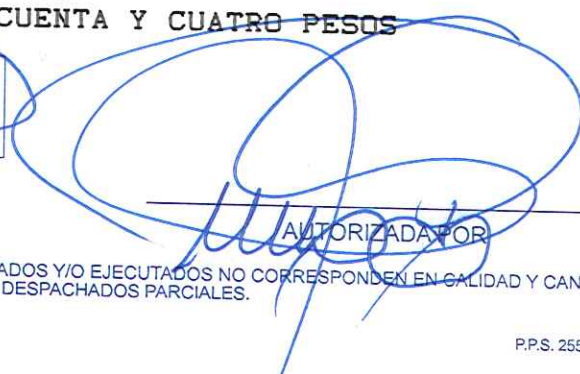
CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 606,600
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 606,600
 IVA 115,254
 TOTAL FACTURA 721,854

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	129 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------	------------------	--



AUTORIZADO POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA
De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	JABON GERM TRICLOSAM 1%	418.0	250,800
400	VASELINA LIQ. por 125ml	307.0	122,800
3	DIFENIDOL 25 MG. (VONTROL)	9,849.0	29,547
25	FAMOTIDINA 40 MG X 1000 CM	10,796.0	269,900
968	PARACETAMOL GOTAS 15 ML por 1	250.0	242,000
300	AC. ASCORBICO 500 MG por 30	606.0	181,800
8	AC. ASCORBICO 100 MG por 500	1,083.0	8,664
67	OMEPRAZOL 20MG.30CA.	315.0	21,105
4	NISTATINA UNG 100.000UI/GR por 100	36,638.0	146,552
2	MYDRIACYL 1% 15 ML.	18,230.0	36,460
100	METRONIDAZOL 250 MG por 20	345.0	34,500
6	FLUCLOXACILINA 250 MG. X 25 FRASCOS	17,898.0	107,388
20	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 200	26,000.0	520,000
75	CAFADROXILO JARABE 250 MG por 1	743.0	55,725
3	CICLOBENZAPRINA 10 MG X 1000	8,675.0	26,025
300	CLOTRIMAZOL 500 MG por 1 OVULOS	545.0	163,500
25	COTRIMOXAZOL JBE 40/200 por 1	511.0	12,775

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	2,229,541
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,229,541
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	423,613
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,653,154

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO CINCUENTA Y -
CUATRO PESOS

			
Solicitado 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 SANDERSON S. A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

Teléfono: 4627017

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
De acuerdo a su cotización N°08 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	VASELINA ESTERIL cjx100	12,875.0	12,875
14	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	5,565.0	77,910
18	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	5,040.0	90,720
2	LIDOCAINA 2% / 5 ML. CJX100	5,040.0	10,080
1	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	5,974.0	5,974

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	197,559
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	197,559
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	37,536
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	235,095

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL NOVENTA Y CINCO PESOS

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

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): INSTITUTO SANITAS S.A. 900730004

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 08

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
67	PAROXETINA 20 MG. X 30	1,500.0	100,500
180	GLUCOVANCE 500MG / 5MG POR 500	15,000.0	2,700,000

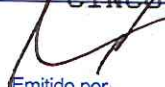

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	2,800,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,800,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	532,095
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,332,595

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y - CINCO PESOS

 Emitido por	<i>new/27</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
197	AC. FOLICO 5 MG por 30	960.0	189,120
126	MACROSAN 100 MG POR 50	4,500.0	567,000
3,334	FERAMIN 109MG F.E. 30CPS	1,500.0	5,001,000
14	BETAMETASONA UNGUENTO X 25 POMO	7,000.0	98,000

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

VALOR NETO 5,855,120
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 5,855,120
 IVA 1,112,473
 TOTAL FACTURA 6,967,593

SON : SEIS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y - TRES PESOS

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

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ZENTENO 1276

Teléfono: 3901305

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N°08

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
46	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJx100 AMP.	6,800.0	312,800
1	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	5,000.0	5,000


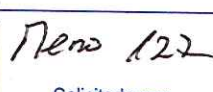


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	317,800
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	317,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	60,382
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	378,182

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

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

Dirección: FRANCISCO DE PAULA TAFORO 1981

Teléfono: 3400739

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 49493
 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 04-08-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
675	LEVOTIROXINA 100 MGX 100 CM	1,300.0	877,500


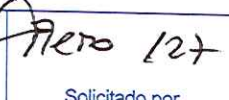
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	877,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	877,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	166,725
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,044,225

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON CUARENTA Y CUATRO 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.



ORDEN DE COMPRA

88

072138

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	VASELINA AZUFRADA 6%	564.0	31,584
24	SAL REHIDRATAC ORAL 60 mEqX30SOB por 30	6,237.0	149,688
1,700	SACARINA 20MG/FCO 180 ML	472.0	802,400
2,400	BENGUE POMADA POTE 30grs	499.0	1,197,600

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,181,272
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,181,272
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	414,442
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,595,714

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CATORCE 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.

072137

FECHA: 06-08-2014

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

Dirección: AGUSTINAS N° 695

Teléfono:

At.: Sr. FREDDY MILLA
 De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,261	VITAMINA B1+B6+B12 POR 3	2,055.0	4,646,355
2	IMIPRAMINA 25 MG por 1000	20,000.0	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	4,686,355
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,686,355
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	890,407
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,576,762

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y -
 DOS 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.



ORDEN DE COMPRA

88

072136

FECHA: 06-08-2014

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

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
75	PREDNISONA JARABE 20 MG/5 ML.	930.0	69,750

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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	69,750
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	69,750
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,253
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,003
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA Y TRES MIL 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): LABORATORIO CHILE S.A. 775969407

Dirección: AV. MARATON 1315

Teléfono: 3655245

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-08-2014 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
79	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.0	244,900
33	IBUPROFENO 400 MG por 1000	12,500.0	412,500
13	PREDNISONA 5 MG por 1000	9,500.0	123,500
260	ALUMINIO HIDROXIDO jarabe	920.0	239,200
12	NISTATINA 100.000 UI por 100 OV	7,500.0	90,000
5	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS POR 100	5,500.0	27,500
5	LOPERAMIDA 2 MG por 1000	13,000.0	65,000
9	FENITOINA SODICA 100 MG por 1000	13,000.0	117,000
2	LORATADINA 10 MG POR 1000	7,500.0	15,000
500	CITALOPRAM 40 MG. POR 30	5,900.0	2,950,000


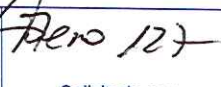


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

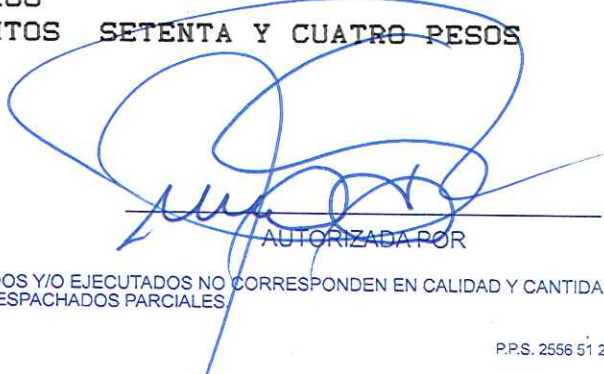
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	4,284,600
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	4,284,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	814,074
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	5,098,674

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCO MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): LABORATORIO RIDER LTDA 768451907

Dirección: PLACER 1254

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
240	LOSARTAN POTASICO 50 MG. X 1000	8,600.0	2,064,000

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	2,064,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,064,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	392,160
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,456,160

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO SESENTA PESOS

Entido 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°08

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

y/o ejecutar, 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	DIGOXINA 0,25 MG por 1000	10,500.0	42,000
148	NITRENDIPINO 20 MG por 1000	3,550.0	525,400
48	CLORFENAMINA 4 MG/CJX1000 por 1000	2,400.0	115,200
170	CLORHEXIDINA 0.12% X 120 ML	890.0	151,300




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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	833,900
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	833,900
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	158,441
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	992,341

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

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

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

072132

FECHA: 06-08-2014

Señor(es) FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N°3188 **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
980	AC. ACETILSALICILICO 100 mg/ por 100	800.0	784,000
3,000	ATORVASTATINA 10 MG por 30	312.0	936,000


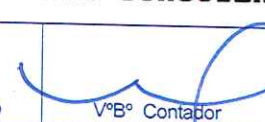
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424269 ENFERM. CRONICAS NO TRASMISIBLES	VALOR NETO	1,720,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,720,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	326,800
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,046,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS

	Memo 127	
Emitted 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: 06-08-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

Teléfono: 6295384

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 3188

y/o ejecutar, 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	DICLOFENACO 50 MG por 1000	7,208.0	108,120
9	PROPANOLOL 10 MG por 1000	3,254.0	29,286
8	POLIVITAMINICO JBE 120 ML.	1,827.0	14,616
5,800	FLUCONAZOL 150 MG x 2 COMP	364.0	2,111,200
18	ANTIESPASMODICO SUPOSITARIO ADULTO X50	5,792.0	104,256
2	CIPROFLOXACINO 500 MG por 600	11,700.0	23,400
2	CLOXACILINA 500 MG/CJX500	18,070.0	36,140

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 : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	2,427,018
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	2,427,018
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	461,133
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,888,151

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CIENTO CINCUENTA Y UN - PESOS

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

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) **COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281**

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N°08

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

y/o ejecutar, 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	GLIBENCLAMIDA 5 MG por 1000	3,900.0	46,800



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

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

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	46,800
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	46,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,892
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,692

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	<i>Neto 127</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.

072129

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA E INVERSIONES GHALENO LIMITADA 760952281

Dirección:

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
18	VITAMINAS GOTAS ACD por 25	22,440.0	403,920
90	PARACETAMOL 500 MG por 1000	4,550.0	409,500
8	AMOXICILINA 500 MG por 500	10,000.0	80,000

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

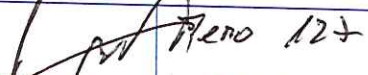
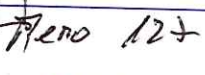


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

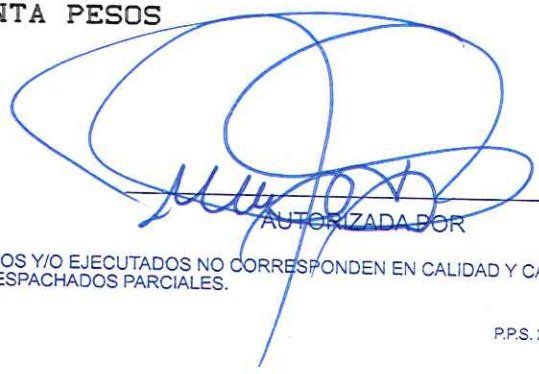
CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 893,420
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 893,420
 IVA 169,750
 TOTAL FACTURA 1,063,170

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON SESENTA Y TRES MIL CIENTO 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): SALCOBRAND S. A. 760310719

Dirección: AVDA. APOQUINDO 3721 OF.74

Teléfono: 4227296

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
270	VASELINA SOLIDA 30gr	420.0	113,400
800	PASTA LASAR 30 Grs.	490.0	392,000


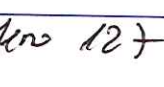


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	505,400
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	505,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	96,026
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	601,426

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072127

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): DIMERC S. A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

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

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


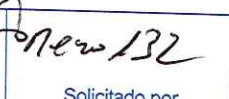
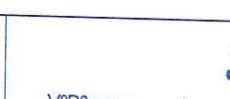
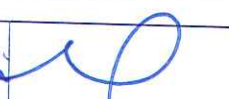
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AZUCAR 1KG IANSA	460.00	4,600
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 500 CC. CON SABOR	318.00	3,816
18	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC CON GAS	402.00	7,236

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

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	15,652
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	15,652
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	2,974
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,626

SON : DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS

 Evidado 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°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	AGUA MINERAL CACHANTUN 1500 CC. CON SABOR	420.00	5,136
24	COCA-COLA LIGTH 1500 CC POR UNIDAD	745.00	17,880

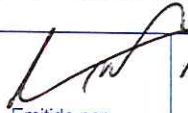
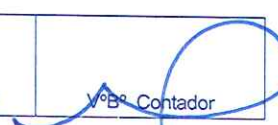
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	23,016
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	23,016
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	4,373
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,389

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Nemo 132 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.

072125

FECHA: 06-08-2014

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° de Fecha sírvase despachar
y/o ejecutar, 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	TE LIPTON ETIQUETA NEGRA CAJA X 100	2,555.00	25,550
15	CAFE NESCAFE TRADICIONAL 170 GRS.	2,887.00	43,305

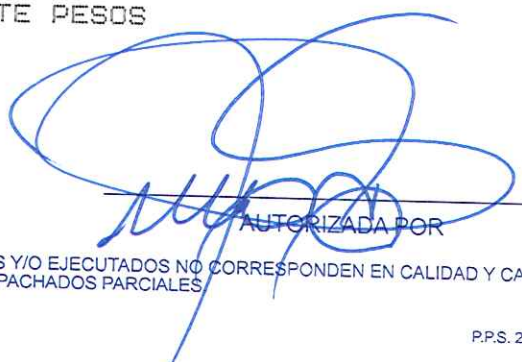
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	68,855
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	68,855
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	13,082
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	81,937

SON : OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 21247

y/o ejecutar, 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	RELYX LUTING 2 CEMENT 3525 TKA	31,000.0	93,000
1	PAPEL ARTICULAR HERRADURA BICOLOR 12 L	3,300.0	3,300
5	VIDRIO IONOMERO FOTOCURADO IONOSEAL VOCCO	18,750.0	93,750
1	LIQUIDO REVELADOR RX "REV. AUTOMATICO"	4,100.0	4,100
1	LIQUIDO FIJADOR RX "REV. AUTOMATICO"	3,990.0	3,990

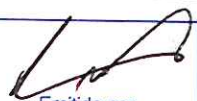
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

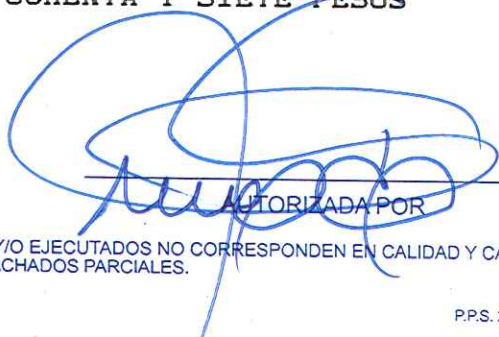
CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	198,140
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	198,140
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	37,647
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	235,787

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	new 138 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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



ORDEN DE COMPRA

11-8

072215

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° 2224083 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.0	4,200
100	VASO DESECHABLES	9.0	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 : 421107 MAT. DENTAL
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 5,100
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 5,100
 IVA 969
 TOTAL FACTURA 6,069

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

	136			
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: 06-08-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 21247
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 07-08-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	JERINGA DESECHABLE 5 CC X 100 U B.D.	3,250.0	3,250
3	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	41,250

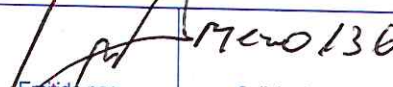
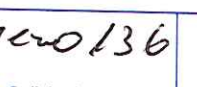


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	44,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	44,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,455
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	52,955

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 2224083
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,000	VASO DESECHABLES	9.0	18,000

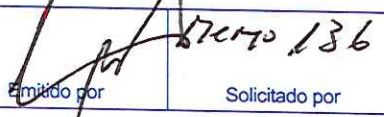



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	18,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	18,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	3,420
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	21,420

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

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.

FECHA: 06-08-2014

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 07-08-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	1,030.0	30,900
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 010	1,130.0	33,900
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 010	1,030.0	20,600
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 016	1,130.0	22,600
30	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	1,030.0	30,900
30	FRESA ARKANZAS REDONDA A/V	1,440.0	43,200
30	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	1,030.0	30,900
30	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 012	1,030.0	30,900
10	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 016	1,030.0	10,300
30	FRESA ARKANZAS PINO A/V	1,440.0	43,200
30	FRESA ALTA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 018	1,030.0	30,900
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 012	1,030.0	20,600
20	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	1,130.0	22,600
40	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 012	1,130.0	45,200
30	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	9,600.0	288,000
30	FRESA ARKANZAS LLAMA A/V	1,440.0	43,200
20	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA DE BORDE HM 41 - 018	3,680.0	73,600
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801- 018	1,130.0	33,900


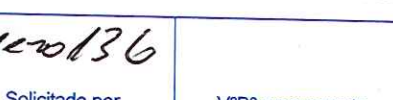


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	855,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	855,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	162,526
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,017,926

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

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

De acuerdo a su cotización N° 2224083

de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.0	21,000
5	HUINCHA LIJA METALICA (AMALGAMA)	1,350.0	6,750
2,000	VASO DESECHABLES	9.0	18,000
10	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,200.0	12,000
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
10	PINCELES	2,311.0	23,110
40	PASTA DENTAL COLGATE NINO	440.0	17,600

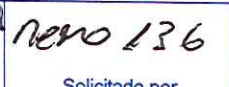
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	154,925
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	154,925
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	29,436
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	184,361

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS 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): 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 05-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 4	538.0	25,824
48	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	538.0	25,824
10	VIDRIO IONOMERO AUTOCURADO CHEMFILL	13,025.0	130,250
20	FRESAS TRANSMETALICAS A/V MAILLEFER	4,286.0	85,720
5	SEDA DENTAL	924.0	4,620
10	PORTA DISCO SOFLEX	1,597.0	15,970
20	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.0	60,500
4	ACEITE PARA TURBINA SPRAY NSK	10,924.0	43,696
2	PORTA AMALGAMA TEFLON	2,185.0	4,370
2	AMPOLLETA PARA LAMPARA FOTOCURADO PHILIPPS	14,202.0	28,404
3	MICROPILCELES DENBUR X 150 MORADO UDS.	3,697.0	11,091



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	436,269
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	436,269
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	82,891
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	519,160

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO SESENTA PESOS

 Emitido por	<i>Nero 136</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------------	----------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 21247

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	EUGENOL	350.0	700
15	PECHERA PACIENTE VERDE AZUL	1,100.0	16,500
60	ESCOBILLA PULIR MINI TIPO PENACHO	290.0	17,400
10	DURAPHAT COLGATE	16,300.0	163,000
5	PAPEL ARTICULAR	2,150.0	10,750
10	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR NEGRO	10,850.0	108,500
5	CUNAS FINAS SURTIDAS BOLSA	1,250.0	6,250
10	DISCO SOF LEX CHICO AZUL	10,850.0	108,500
5	AMALGAMA (DEGUSSA) 30 GR.	14,500.0	72,500
8	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 COLOR A. 4	13,500.0	108,000
10	ADHESIVO ESMALTE SINGLE BOND	13,750.0	137,500
5	BANDA MATRIZ 0.5	450.0	2,250
10	DISCO SOF LEX CHICO GRUESO NEGRO	10,850.0	108,500
5	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	52,500
1	RETRACTOR GINGIVAL HILO	1,950.0	1,950
2	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A2	10,500.0	21,000
8	AGUJA SUTURA 3/0 ETIKON USA	26,500.0	212,000

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	1,147,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,147,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	218,082
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,365,882

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS - PESOS

Entendido 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): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

Teléfono: 4666711

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 1

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-014	1,130.0	45,200
30	FRESA DIAMANTE REDONDA ALTA VELOCIDAD 801-012	1,130.0	33,900
30	FRESA ALTA VELOCIDAD LLAMA (AMARILLA) 862-C-010	1,450.0	43,500

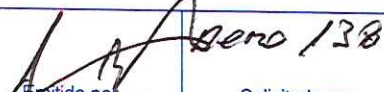
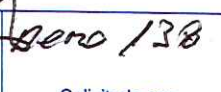


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	122,600
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	122,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	23,294
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	145,894

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS 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 ACEPTARÁN 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° 2224083 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PASTA DENTAL COLGATE NINO	440.0	13,200
60	CEPILLO ORAL-B (NINO) ETAPA 3	1,060.0	63,600
20	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.0	16,800
1	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	5,210

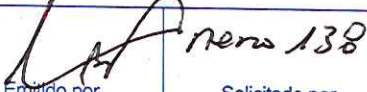
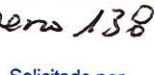


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	98,810
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	98,810
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,774
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	117,584

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIECISIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA 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.

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 2224083

y/o ejecutar, 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 PIEDRA AMARILLO	1,200.0	24,000
15	BANDEJA EXAMEN A2B	1,135.0	17,025



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 : 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 41,025
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 41,025
IVA 7,795
TOTAL FACTURA 48,820

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

 Emitido por	Numero 136 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

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

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

y/o ejecutar, con 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
6	BARNIZ FLUOR DURAPHAT COLGATE	16,639.0	99,834
6	COMPOSITE TETRIC FLOW COLOR A2	6,387.0	38,322

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	164,206
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	164,206
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	31,199
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	195,405

SON : CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCO PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

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

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 05-08-2014 sírvase despachar

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


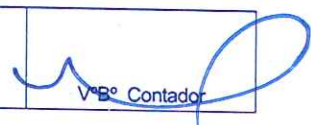
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PIMPOLLO DE DIAMANTE ROSADO (DESGASTA ACRILICO)	2,185.0	8,740
20	ALGINATO JELTRATE NORMAL	3,193.0	63,860

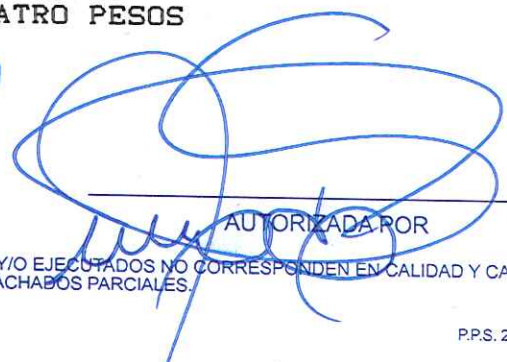
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	72,600
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	72,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,794
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	86,394

SON : OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

 Emitido por	Novo 136 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	-------------------------	------------------	---

 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21247

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PELICULA RX ADULTO CJ*150	19,980.0	199,800
6	PELICULA RX BITE WING CJ*100	36,680.0	220,080
2	EUGENOL	350.0	700
6	CONOS DE PAPEL 15 AL 40	1,430.0	8,580

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


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

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 429,160
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 429,160
 IVA 81,540
 TOTAL FACTURA 510,700

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : QUINIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS PESOS

	Rev 138		
Emiso 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: 06-08-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 21247
 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 07-08-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	GODIVA LAPIZ KERR X 15 U	4,100.0	12,300

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 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 12,300
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 12,300
 IVA 2,337
 TOTAL FACTURA 14,637

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CATORCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

 Emitido por	nero 136 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

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

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

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	24,420.00	122,100


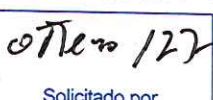


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	122,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	122,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	23,199
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	145,299

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

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


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

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

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

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
3	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR. POLVO TARRO	2,980.0	8,940
3	TE LIPTON YELLOW LABEL 100 BLS.	1,946.0	5,838
4	AZUCAR 1 KG. IANSA EN BOLSA	668.0	2,672
2	ENDULZANTE NATURALIST STEVIA LIQUIDO 270 ML.	2,890.0	5,780
1	REVOLVEDOR PLASTICO x 1000 UN. PALETA	1,980.0	1,980
8	VASO DESECH. PLUMAVIT 240 ML. x 25 UN. BLANCO	403.0	3,224

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

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

CUENTA : 425139 INSUMOS DE CAFETERIA	VALOR NETO	28,434
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	28,434
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	5,402
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,836
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

Eridio 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 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.

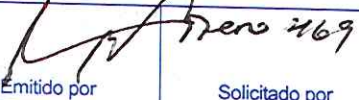
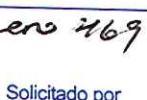
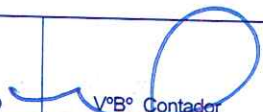
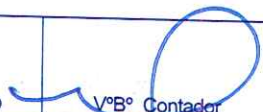
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CAFE NESCAFE TRADICION 170 GR. POLVO TARRO	2,980.0	14,900
2	TE LIPTON YELLOW LABEL 100 BLS.	1,946.0	3,892
2	AZUCAR 1 KG. IANSA BOLSA	668.0	1,336
8	VASO DESECH. PLUMAVIT 240 ML. x 25 UN. BLANCO	403.0	3,224
1	REVOLVEDOR PLASTICO x 1000 UN. PALETA	1,980.0	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	25,332
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	25,332
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	4,813
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	30,145

SON : TREINTA MIL CIENTO CUARENTA 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): 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
12	CHILE TODAVIA UN PARAISO T/D + ESTUCHE	20,924.37	251,092


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

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

CUENTA : 424123	EXTRAESC. TALLERES EVENTOS Y MOBIVALOR NETO	251,092
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 10.0	25,109
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	225,983
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	42,937
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	268,920

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

	Nro 681		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

072197

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

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

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

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





CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ULTRASONIDO DENTAL CAVITRON BOB CAT PRO CON 1 INSERTO, MARCA DENTSPLY	340,336.0	340,336

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 : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	340,336
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	340,336
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	64,664
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	405,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUATROCIENTOS CINCO MIL PESOS

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

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

Dirección: AVD CRISTOBAL COLON 8570

Teléfono: 4780088

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ELECTROCARDIOGRAFO PAGE WRITER TC20 CON ALGORITMO DE INTERPRETACION.	3,000,000.0	6,000,000

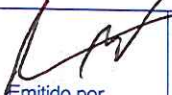
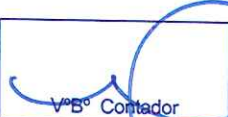
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	6,000,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	6,000,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	1,140,000
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	7,140,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SIETE MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS

 Emitido por	1100 573 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): MARCO ANTONIO ARAYA AROS 085389440

Dirección: SANTIAGUILO 1024

Teléfono: 5564060

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


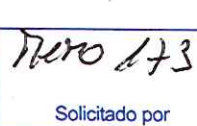
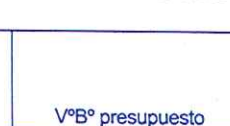

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3,000	HOJAS CARTA CON LOGO IMPRESA 7 COLORES	30.0	90,000
1,000	SOBRE SACO 23 x 28 CM. IMPRESO 7 COLORES	139.0	139,000
1,000	SOBRE SACO 38 x 46 CM. IMPRESO 7 COLORES	190.0	190,000

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

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	419,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	419,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	79,610
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	498,610

SON : CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

Señor(es): LUIS HUMBERTO ZAMUDIO SANCHEZ 036363924

Dirección: GENERAL GANA 671

Teléfono:

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4,000	SOBRES PARA CD IMPRESO 7 COLORES CON LOGO	38.0	152,000
1,000	SOBRE SACO 28 x 33 CM IMPRESO 7 COLORES C/LOGO	149.3	149,300

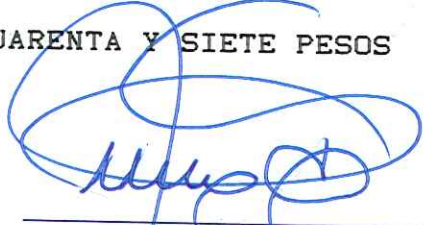
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	301,300
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	301,300
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	57,247
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	358,547

SON : TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS

	Merc 173		
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.

*11-8
Solo p. conosci:
roba
entregado
11-8*

Señor(es): CINTHIA DENNIS JARA GRANDON 136052470

Dirección: AV. OSSA 695 DEPTO. 402-A

Teléfono:

At.: Sr.: hrparedes@123mail.cl
De acuerdo a su cotización N°

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

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

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BUZOS COMPLETOS TALLA 12	14,550.00	29,100
6	BUZOS COMPLETOS TALLA 14	14,550.00	87,300
2	BUZOS COMPLETOS TALLA 16	14,550.00	29,100
2	BUZOS COMPLETOS TALLA S	16,000.00	32,000
2	BUZOS COMPLETOS TALLA M	16,000.00	32,000
1	BUZOS COMPLETOS TALLA L	16,000.00	16,000
10	POLERAS M/C TALLA 12 - 16	5,200.00	52,000
10	POLERAS M/L TALLA 12 - 16	5,500.00	55,000
5	POLERAS M/C TALLA S - XL	6,000.00	30,000
5	POLERAS M/L TALLA S - XL	6,500.00	32,500

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

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

CUENTA : 424258 PROGRAMA EMES	VALOR NETO	395,000
DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	395,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	75,050
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	470,050

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CUATROCIENTOS SETENTA MIL 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.



ORDEN DE COMPRA

072192

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): PFIZER CHILE S.A. 969812509

Dirección: AVDA. LAS AMERICAS 173

Teléfono: 2412112

At: Sr.: De acuerdo a su cotización Nº 08 de Fecha 05-08-2014 ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	AMPARAX SUBLINGUAL 1 MG X 25	12,219.0	36,657

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

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUARENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS VEINTIDOS PESOS

VALOR NETO 36,657
 DESCUENTO 0.0
 SUB-TOTAL 36,657
 IVA 6,965
 TOTAL FACTURA 43,622

Emtido por	Solicitado por	VºBº presupuesto	VºBº Contador
<i>[Signature]</i>	Herrera 127		

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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

AUTORIZADA POR

072190

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): PHARMA INVESTI DE CHILE S.A. 945440007

Dirección: ANDRES BELLO 1495

Teléfono: 3405856

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	VIADIL SIMPLE 5 MG / 1 ML X 100 AMP	41,400.0	372,600

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

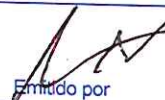
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 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 372,600
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 372,600
 IVA 70,794
 TOTAL FACTURA 443,394

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS

	127		
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: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIO SANDERSON S. A. 915460003

Dirección: CARLOS FERNANDEZ 244

4627017

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/250ML cjx20	5,040.0	80,640
1	SUERO GLUCOSADO 5%/250ML cjx20	5,670.0	5,670
1	METOCLOPRAMIDA 10MG POR 100	5,562.0	5,562
2	BETAMETASONA 4 MG/ML cjx100	8,034.0	16,068
1	SUERO GLUCOSADO 5%/500ML CJX20	5,880.0	5,880
9	DICLOFENACO 75 MG/CJX100	5,974.0	53,766
12	SUERO FISIOLÓGICO 0.9%/500ML CJX20	5,565.0	66,780
14	METAMIZOL SODICO 1 GR/2 ML cjx100	5,665.0	79,310


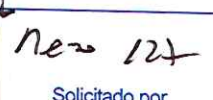


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	313,676
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	313,676
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	59,598
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	373,274

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

Dirección: ZENTENO 1276

3901305

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08

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

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


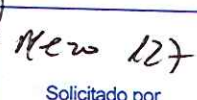


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	RANITIDINA 50 MG /2 ML c/jx100	5,800.0	11,600
6	KETOPROFENO INYECTABLE I.V. X 100AMP	29,000.0	174,000
2	PENICILINA BENZATINA 1.200.000U/I X 50	5,000.0	10,000
12	CLORURO DE SODIO 0.9% 20 ML. CJx100	6,800.0	81,600

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	277,200
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	277,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	52,668
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	329,868

SON : TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

072186

88

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): OPKO CHILE S.A. 766696309

Dirección: AGUSTINAS 640 PISO 10

4381515

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	HIDROCORTISONA 100 MG. X50	22,500.0	157,500

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	157,500
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	157,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	29,925
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	187,425

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO 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): 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 04-08-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, 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	LAMOTRIGINA 50MG. X500 COMP. (TRADOX)	12,000.0	360,000

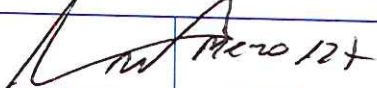
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

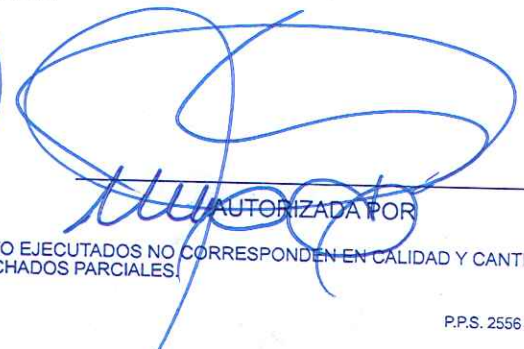
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	360,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	360,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	68,400
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	428,400

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS

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



AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

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

De acuerdo a su cotización N° 08

y/o ejecutar, 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.	315.0	45,045
174	CARBORON 300MG x 60 COMP.	5,576.0	970,224
64	ZOPICLONA 7.5 MG x 30	1,596.0	102,144


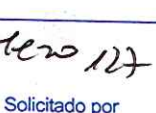


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	1,117,413
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,117,413
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	212,308
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,329,721

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS

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


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

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

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 08

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

y/o ejecutar, 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	OLANZAPINA 10 MG X 30	3,900.0	280,800
248	PAROXETINA 20 MG.	1,500.0	372,000


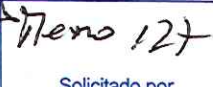


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	652,800
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	652,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	124,032
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	776,832

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

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


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

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

FECHA: 06-08-2014

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 05-08-2014 sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DIAZEPAM 10 MG X 1000	10,000.0	10,000
4	CLONAZEPAN 2,0 MG x 500	13,000.0	52,000
4	ALPRAZOLAM 0,5 mg por 500	3,100.0	12,400
30	TRITICO 100 MG	8,000.0	240,000
21	QUETIAPINA 100 MG x 30	4,200.0	88,200

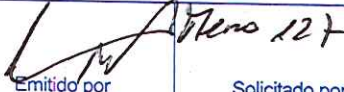
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	402,600
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	402,600
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	76,494
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	479,094

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVENTA 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

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): FARMACEUTICA CARIBEAN LIMITADA 768300909

Dirección: AV EL SALTO 2428

6295384

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 3188

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

y/o ejecutar, 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	TIORIDAZINA 25 MG. CJX30	845.0	4,225
9	PIPORTIL 25 MG	22,044.0	198,396


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	202,621
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	202,621
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	38,498
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	241,119

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO DIECINUEVE PESOS

 Emitido por	<i>New 127</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: 06-08-2014

Señor(es): INTERPHARMA S.A. 995431904

Dirección: CAMINO A MELIPILLA 6873 -C

Teléfono: 5571240

At.: Sr. MIGUEL GIRALDA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 05-08-2014 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
82	CLARITROMICINA 500 MG MUS X 14	2,800.0	229,600


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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	229,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	229,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	43,624
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	273,224

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

 Emitido por	Rev 129 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): NOVOFARMA SERVICE S.A. 969456702

Dirección: VICTOR URIBE 2280

Teléfono: 6243157

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
219	DESOREN 20 21 COMP. por 21	2,650.0	580,350

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

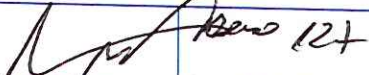
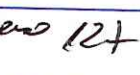


No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 580,350
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 580,350
 IVA 110,267
 TOTAL FACTURA 690,617

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS DIECISIETE 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: 06-08-2014

Señor(es): CHEMOPHARMA S.A. 960260007

Dirección: FRANKLIN 741

Teléfono: 4446651

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con 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	14,000.0	28,000


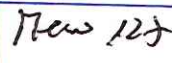

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

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

VALOR NETO 28,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 28,000
 IVA 5,320
 TOTAL FACTURA 33,320

SON : TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE 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.

072177

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIOS SILESLIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
37	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG por 1000	5,000.0	185,000
3	HIDROCLOR+TRIANTERENE 5 MG por 1000	8,800.0	26,400
61	GLUCONATO DE POTASIO POR 40	4,800.0	292,800
21	ATENOLOL 50 MG por 1000	5,400.0	113,400
9	FUROSEMIDA 40 MG por 1000	6,900.0	62,100
68	ENALAPRILA 10 MG por 1000	2,200.0	149,600
2	CARBAMAZEPINA 200 MG por 1000	12,900.0	25,800




LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	855,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	855,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	162,469
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,017,569

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : UN MILLON DIECISIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Mew 129 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072176

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIOS SILESIA S.A. 918710000

Dirección: AV. CHILE ESPANA 325

Teléfono: 5948521

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 04-08-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
9	AMITRIPTILINA 25 MG por 1000	4,900.0	44,100
1	CLOTRIMAZOL CREMA 0,01 por 50	12,000.0	12,000
97	CARBONATO DE CALCIO 320 MG + VITAMINA D X 500	7,500.0	727,500





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	783,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	783,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	148,884
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	932,484

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

072175

8-8

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08
 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 04-08-2014 sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AMOXICILINA 500 MG por 21 AMOVAL	4,140.0	41,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	41,400
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,400
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	7,866
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	49,266

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

	129		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

072174

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIOS RECALCINE S.A. 91637008

Dirección: AV. VICUNNA MACKENNA 1094

Teléfono: 7728997

At: Sr. De acuerdo a su cotización Nº 1

** Despachar factura en Lugar Entrega ** de Fecha 01-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
----------	-------------	----------------	-------------

34	CITALOPRAM 20 MG. POR 30	14,120.0	480,080
----	--------------------------	----------	---------

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 factorización del pago de este documento.

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTA 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

VALOR NETO 480,080
 DESCUENTO 0.0
 SUB-TOTAL 480,080
 IVA 91,215
 TOTAL FACTURA 571,295

Entido por	Solicitado por	Vº presuesto	Vº Contador
------------	----------------	--------------	-------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-08-2014

Señor(es):SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.:JOANA RAVERA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 04-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

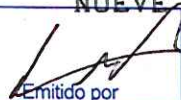
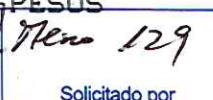
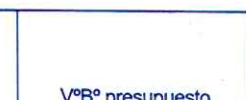

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2,729	ATORVASTATINA 20 MG. x 30 COMP.	564.0	1,539,156
1	AMOXICILINA + AC. CLAVUL. 500/125 MG por 200	26,000.0	26,000
134	NIFEDIPINO 20 MG. por 30	586.0	78,524

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	1,643,680
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,643,680
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	312,299
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,955,979

SON : UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO 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.

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
3	FORMULARIOS IMPRESOS A 4 COLORES FOLIADOS PREP ICADO X 100	11,777.77	35,333

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

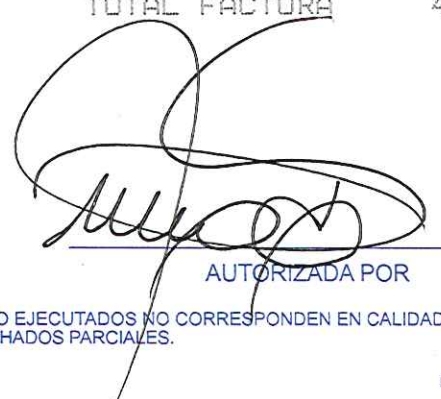
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	35,333
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	35,333
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,713
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,046

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y DOS MIL CUARENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	 Sofia Ced 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): 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
4	FORMULARIOS IMPRESOS A 4 COLORES FOLIADOS PREP ICADO X 100	11,777.77	47,111

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	47,111
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	47,111
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	8,951
FORMA DE PAGO : 30 DIAS O/FACTURA	TOTAL FACTURA	56,062

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y SEIS MIL SESENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	Sofia A.D. 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): 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.


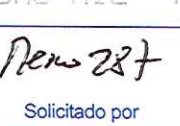
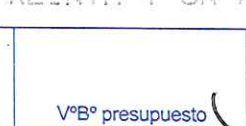

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	FORMULARIOS IMPRESOS A 4 COLORES FOLIADOS PREP ICADO X 100	11,777.77	23,556

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	23,556
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	23,556
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,476
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,032
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : VEINTIOCHO MIL TREINTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 N°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.



ORDEN DE COMPRA

13-8

072251

FECHA: 11-08-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS FADIMMED LTDA. 775945001

Dirección: LOS TREBOLES 263

Teléfono: 5591617

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	ESCABEL DE 2 PELDANOS	10,200.0	10,200
1	CARRO PARA CURACIONES	72,500.0	72,500
1	LAMPARA TIPO BURTON	32,400.0	32,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 431105 EQ.E INST.SALUD	VALOR NETO	115,100
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	115,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	21,869
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	136,969

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA 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.

FECHA: 11-08-2014

Señor(es): ASESORIAS EN COMPUTACION CBX LTDA. 760057711

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr.: PEDRO CAJAS

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

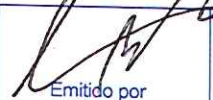


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	COMPUTADOR NOTEBOOK HP 340 G1 CORE i5-4200U 4G B RAM - HDD 750GB DVDRW 14" LINUX (INCLUYE BOLSILLO Y MOUSE)	389,000.0	389,000
1	ACCES POINT N300 DUAL-BAND WAP300N	43,500.0	43,500

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421121 INSUMOS EQUIPOS COMPUTAC. ADMINIVALOR NETO	432,500
DESTINO	: CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	0
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	SUB-TOTAL
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	432,500
		IVA
		82,175
		TOTAL FACTURA
		514,675

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : QUINIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	Remo 622 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	--


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

12-8

072249

FECHA: 11-08-2014

Señor(es): PRODUCCIONES DEPORTIVAS TEPROSA LTDA. 77104090K

Dirección: EMBALSE DE PENUELAS N° 4942

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
8	CAJAS DE PELOTAS NASSAU POURPOSE (24 TARROS)	48,403.36	387,227

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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 : 431109 IMPLM. DEPORTIVOS	VALOR NETO	387,227
DESTINO : DEPARTAMENTO EXTRAESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	387,227
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	73,573
FORMA DE PAGO : 30 DIAS O/FACTURA	TOTAL FACTURA	460,800

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

	new 246		
Entido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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.

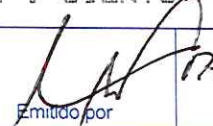
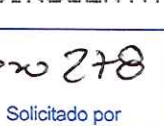
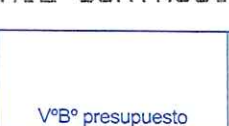
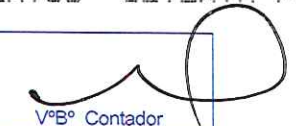
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	CARGA DE GAS DE 15 KG CLASICO	17,050.42	85,252
2	CARGA DE GAS DE 11 KG CLASICO	12,890.76	25,782
2	CARGA DE GAS DE 5 KG CLASICO	7,705.88	15,412

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	126,445
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	126,445
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	24,025
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	150,470

SON : CIENTO CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS SETENTA 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.

072246

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): LABORATORIO VALMA LIMITADA 800489008

Dirección: MIGUEL DE ATERO 2883

Teléfono: 7735732

At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
90	PARACETAMOL 500 MG. x 1000 COMP.	4,800.0	432,000

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	432,000
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	432,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	82,080
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	514,080

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : QUINIENTOS CATORCE MIL OCHENTA 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): LABORATORIOS SAVAL SOC. ANONIMA 916500009

Dirección: AVDA. PRESIDENTE EDUARDO FREI MONTALVA 4600

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
13	FLUOXETINA 20 MG. (ACTAN) x 60 CAPS.	10,440.0	135,720


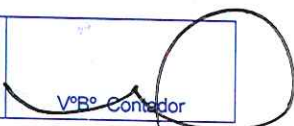
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS
 DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 135,720
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 135,720
 IVA 25,787
 TOTAL FACTURA 161,507

SON : CIENTO SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS SIETE PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


 AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


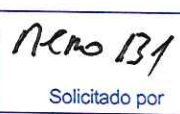
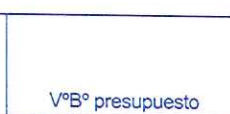

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,475.00	14,950
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	14,375.00	14,375

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	29,325
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	29,325
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	5,572
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	34,897

SON : TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS

 Emisor 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: 06-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	8,855.00	35,420

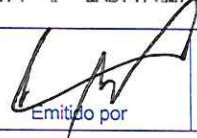
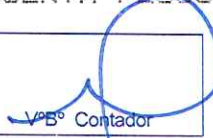
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	35,420
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	35,420
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	6,730
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,150

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA PESOS

 Emitido por	Renzo 121 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): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 80814-3

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


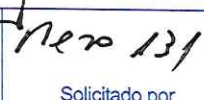


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,475.00	14,950
4	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	7,935.00	31,740
1	SABANILLAS CLINIC DESECHABLE X 12 ROLLOS	21,300.00	21,300

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	67,990
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	67,990
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	12,918
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	80,908
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : OCHENTA MIL NOVECIENTOS 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: 06-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	7,475.00	149,500

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	149,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	149,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	28,405
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	177,905
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS 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): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr:
De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

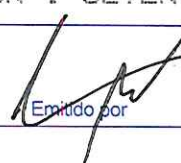
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	6,325.00	63,250

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	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	63,250
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	63,250
LUGAR ENTREGA	: AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	12,018
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	75,268

SON : SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA 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): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 80814-3

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	14,490.00	86,940
2	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	14,375.00	28,750
3	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	8,855.00	26,565
20	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 250 MTS. X 2 ROLLOS	6,325.00	126,500
10	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,475.00	74,750



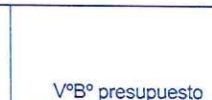

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

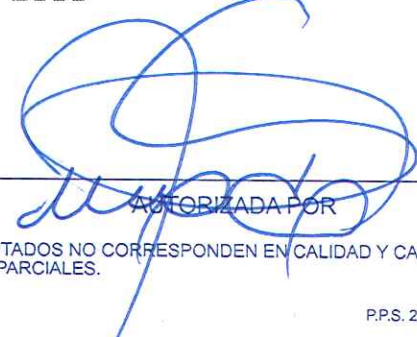
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	343,505
DESTINO	: COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	343,505
LUGAR ENTREGA	: CAMINO EL ALBA 9280	IVA	65,266
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	408,771

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS 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: 06-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


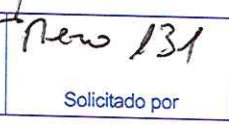
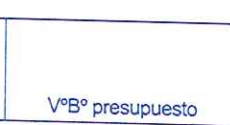
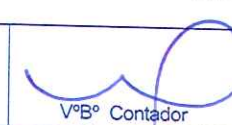
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	JABON LIQ. ECONOMICO BIDON (DISTRIB. MILAN)	4,600.00	9,200
2	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,475.00	14,950

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	24,150
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	4,589
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	28,739

SON : VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS 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: 06-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	6,325.00	37,950
6	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	7,935.00	47,610
1	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X48 ROLLOS	14,490.00	14,490
7	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,475.00	52,325
7	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,095.00	42,665
2	JABON LIQ. DE GLICERINA BIDON DE 5 LTS.	8,855.00	17,710


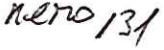


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	212,750
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	212,750
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	40,423
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	253,173

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA 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: 06-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	TOALLA ELITE JUMBO UNA HOJA 300 MTS. X 2 ROLLOS	7,935.00	39,675
5	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,095.00	30,475



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

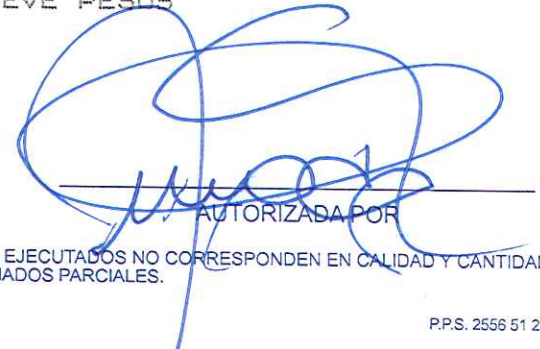
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	70,150
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	70,150
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	13,329
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	83,479

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	131 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

072235

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° B0814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


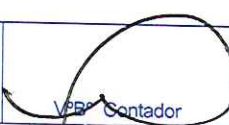
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X500 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	6,095.00	73,140
1	JABON LIQ. ECONOMICO BIDON (DISTRIB.MILAN)	4,600.00	4,600

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	77,740
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	77,740
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	14,771
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	92,511

SON : NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS ONCE PESOS

	new 131	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


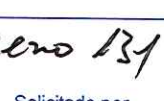

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PAPEL HIGENICO JUMBO BLANCO X600 MT. (4 ROLLOS) PARA DISPENSADOR	7,475.00	37,375
6	PAPEL HIGENICO ELITE DOBLE HOJA X 8 ROLLOS 160 MTS.	14,375.00	86,250

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	123,625
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	123,625
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	23,489
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	147,114

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO CATORCE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

FECHA: 05-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 80814-3

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 DOBLADA BLANCA DOBLE HOJA 43 MTS (CAJA 18 PQS.)	15,525.00	46,575


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	46,575
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	46,575
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	8,849
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	55,424

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

 Emitido por	new 131 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	---------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización Nº 144689

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

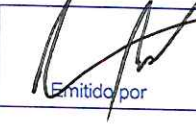
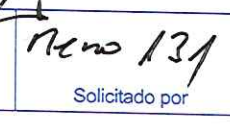
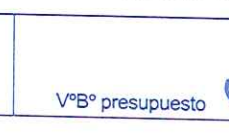
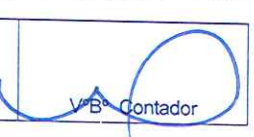
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,550.00	3,100

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 : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	3,100
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	3,100
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	589
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,689

SON : TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

 Emitido por	 Solicitado por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	---	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr:
De acuerdo a su cotización N° 144689

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

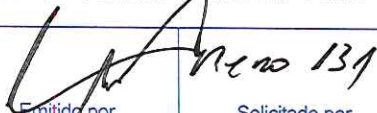
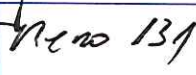


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	MOPAS CHICAS humeda de algodón	1,700.00	8,500
3	MULTIUSO ALTO PODER ENV. 5 LTS. WINZA-131	5,307.00	15,921

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	24,421
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	24,421
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	4,640
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,061

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : VEINTINUEVE MIL SESENTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 144689

y/o ejecutar, 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 75 LTS SIMPLE	16,000.00	48,000
10	MOPAS GRANDES	3,120.00	31,200
10	MOPAS CHICAS humeda de algodón	1,700.00	17,000
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	136,450
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	136,450
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	25,926
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	162,376
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	<i>Alro 131</i> 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: 06-08-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 144689

y/o ejecutar, 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	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	8,442.00	33,768
3	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	15,234
15	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	3,150
1	REMOVEDOR DE CERAS ENV.20 LTS. WINZA-092	20,572.00	20,572
2	PAD NEGRO 17" PARA MAQUINA ABRILLANTADORA (W INZA)	4,050.00	8,100

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	80,824
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	80,824
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	15,357
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	96,181

SON : NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS

	 Memo 131	
Emiso 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 ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 144689
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 07-08-2014 sírvase despachar


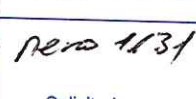

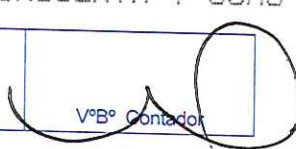
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	8,442.00	8,442
3	ESCOBILLON PLASTICO TIPO CLORINDA (WINZA)	1,550.00	4,650
1	DESINCRUSTANTE X 5 LTS WINZA-110	5,313.00	5,313
1	CERA ACRILICA AUTOBRILLO ENV. 20 LTS. WINZA-139 ROJA	32,400.00	32,400

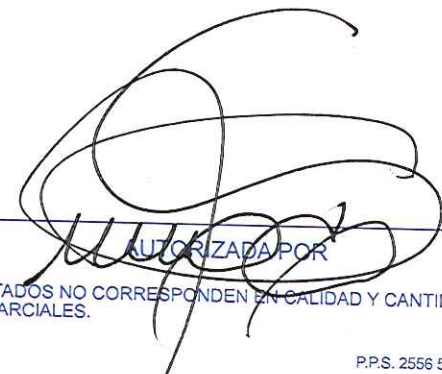
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	50,805
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	50,805
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	9,653
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	60,458

SON : SESENTA MIL CUATROCIENTOS 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: 06-08-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 144689

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


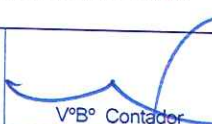
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ESPUMA ANTISARRO WK-095 WINKLER	8,442.00	84,420
10	DESINFECTANTE DETERGENTE X 5 LTS. WINZA-100	5,078.00	50,780
20	DANZARINAS 35X35 (WINZA)	210.00	4,200

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	139,400
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	139,400
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	26,486
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	165,886
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CIENTO SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

 Emtido por	new131 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
--	--------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072226

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 144689
 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 07-08-2014 sírvase despachar


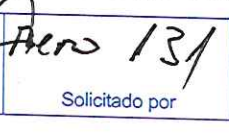
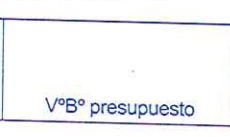
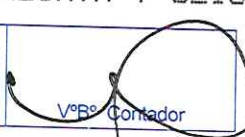
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	DESODORANTE LIQ. X 5LTS FRUTAL WINZA-150D	9,675.00	9,675
1	DESINCRUSTANTE X 5 LTS WINZA-110	5,313.00	5,313

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	14,988
DESTINO : COLEGIO ROTARIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,988
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9188	IVA	2,848
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,836

SON : DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS 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.



072225

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): WINKLER LIMITADA 797228605

Dirección: CAMPINO 2049

Teléfono: 7386979

At: Sr:

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 144689

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	REMOVEDOR DE CERAS ENV. 20 LTS. WINZA-092	20,572.00	41,144

LA 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	41,144
DESTINO : COLEGIO JUAN PABLO II	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	41,144
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 9040	IVA	7,817
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	48,961

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 06-08-2014

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr.: ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	ACIDO ORTOFOSFORICO 37% JERINGA 2,5 GR. MAQUIR A	824.0	24,720


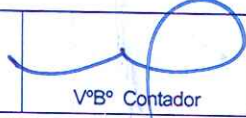
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421107 MAT. DENTAL	VALOR NETO	24,720
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	24,720
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	4,697
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	29,417

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS

	136	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Señor(es):

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

4666711

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° 1

de Fecha 07-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


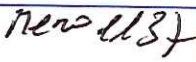
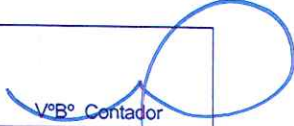
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1-018	1,030.0	3,090
2	ANESTESIA SEPTODONT 3%/CJ*50 AMP.	9,600.0	19,200
3	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 014	1,030.0	3,090
1	EDTA 17% LIQUIDO (Litro)	16,230.0	16,230
1	FRESA BAJA VELOCIDAD REDONDA CARBIDE HM1 - 010	1,030.0	1,030
1	ACONDICIONADOR DE TEJIDO RESILENTE MOLLOSIL (DETAX)	40,700.0	40,700
1	FRESA BAJA VELOCIDAD LLAMA EXTRALARGA DIAMANTE 862-014	2,360.0	2,360
3	FRESON PEESEO I	6,200.0	18,600
1	FRESA ALTA VELOCIDAD CONO INVERTIDO DIAMANTE 8 05 - 016	1,130.0	1,130
1	FRESON PEESEO II	6,200.0	6,200
2	FRESA ALTA VELOCIDAD CONO INVERTIDO DIAMANTE 8 05 - 014	1,130.0	2,260
1	ENDOPEROX KIT SEPTODONT	27,520.0	27,520
3	ANESTESIA 2% SEPTODONT CAJA 50 TARROS	9,600.0	28,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	170,210
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	170,210
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	32,340
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	202,550

SON : DOSCIENTOS DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072222

06-08-2014

FECHA:

Señor(es): DENTAL LAVAL LIMITADA 795958509

Dirección: AGUSTINAS 972 - OF. 901

4666711

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-08-2014

sírvase despachar

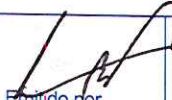
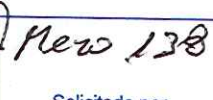

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PORTA PECHERA	1,050.0	1,050
3	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD TRONCO CONICA	1,440.0	4,320
1	PIEDRA ARKANZAS ALTA VELOCIDAD REDONDA	1,440.0	1,440

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR	VALOR NETO	6,810
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	6,810
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	1,294
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	8,104
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHO MIL CIENTO 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: 06-08-2014

Señor(es): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 2224083 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	GOMA DIQUE 5X5 VERDE	3,740.0	11,220
3	CLORHEXIDINA COLUTORIO (ANTISEP. BUCAL) 1.2% S/ ALCOHOL ORALGENE Bd. 3,8 Lts	5,210.0	15,630
3	MONOJET (JERINGAS DE IRRIGACION) CAJ X 100	16,600.0	49,800
12	MASCARILLAS CRAMBERRY CJX50 UDS.	840.0	10,080
2	HIPOCLORITO 5%	872.0	1,744
6	EYECTORES DE SALIVA BOL*100	1,200.0	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 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	95,674
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	95,674
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	18,178
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	113,852

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO TRECE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

	1220 137		
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): COMERCIAL EXPRESS DENT LTDA 783781603

Dirección: AVENIDA PRESIDENTE ERRAZURIZ 4335

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 2224083

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 06-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


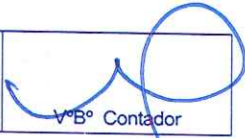
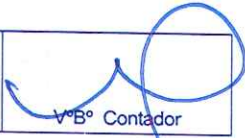
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PASTA ZINQUENOLICA CAVEX	9,044.0	9,044
400	VASO DESECHABLES	9.0	3,600

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 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
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : QUINCE MIL CUARENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 12,644
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 12,644
 IVA 2,402
 TOTAL FACTURA 15,046

 Emitido por	new 138 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CLAN DENT COMERCIALIZADORA LIMITADA 773719209

Dirección: SANTA MONICA 2349

Teléfono: 6719562

At.: Sr. ENRIQUETA ANGUITA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 05-08-2014 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.


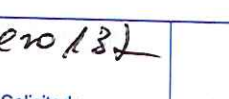


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	FRESA LN ACERO MALLEFER CJ X 6 N 0.6 MM	4,286.0	4,286
1	FRESA BAJA VELOCIDAD LONG NECK 08	7,143.0	7,143
1	DYCAL (MARCA DENTSPLY) CAJA MORADA	7,395.0	7,395
1	CLORHEXIDINA 2% SOLUCION (LITRO)	3,025.0	3,025
7	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 4	538.0	3,766
2	ESPEJOS (ACTUAL INOXIDABLE) N 5	538.0	1,076
10	ALGINATO JELTRATE PLUS RAPIDO 454 GRS	4,160.0	41,600
1	AGUJA CORTA CJ/100	3,025.0	3,025
3	CONOS GUTAPERCHA 30 AL 2% DENSPLY	2,017.0	6,051
2	CONOS GUTAPERCHA 35 AL 2%	2,017.0	4,034
5	CONOS GUTAPERCHA 25 AL 2% DENSPLY	2,017.0	10,085
1	FRESA 12 CUCHILLOS A/V MAILLEFER	2,059.0	2,059
1	CONOS GUTAPERCHA PROPATER F1-F2-F3	7,143.0	7,143

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424235 PROGRAMA GES ODONTOLOGICO 60 A	VALOR NETO	100,688
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	100,688
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	19,131
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	119,819

SON : CIENTO DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS DIECINUEVE PESOS

 Emitted by	 Solicited 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.

FECHA: 06-08-2014

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 05-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SILICONA SPEEDEX SUIZO MEDIUM 140 ML	6,807.0	27,228
5	SILICONA SPEEDEX COLTENE SUIZO ACTIVADOR 60 ML	6,555.0	32,775
5	SILICONA LIVIANA COLTENE POMO 140 ML.	6,387.0	31,935

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039



No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424211 ODONTOLOGIA FAMILIAR
 DESTINO : CASA MARLIT
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 91,938
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 91,938
 IVA 17,468
 TOTAL FACTURA 109,406

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NUEVE MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS

	
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: 06-08-2014

Señor(es): TREMA DENTAL LIMITADA 761288407

Dirección: VARGAS FONTECILLA 4664

Teléfono: 7999770

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 21247

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 07-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TEMP BOND NE	12,020.0	24,040
3	ANESTESIA TOPICA GEL (BENZOC. 20%) SABORES	1,600.0	4,800
1	DIENTES MARCHE COLOR 46 - 8	1,500.0	1,500
1	LIJA AL AGUA PLIEGO	450.0	450
1	COMPOSITE FOTOCURADO Z-250 A3	10,500.0	10,500
1	OPALDAM 4 JERINGAS COD. 00325-0	27,730.0	27,730
1	CERA ROSADA ECOCERA X 30 LAMINA	1,980.0	1,980
1	NATIVIP SURTIDAS CAL 29 GA. 20 COD 5116	22,050.0	22,050
2	FLUOR GEL ORAL B (1 MINUTO)	3,380.0	6,760
1	FERMIN	4,130.0	4,130
1	DISCOS DE LIJA SOF-LEX 12,5mm. COLOR NEGRO	10,850.0	10,850
2	EUCALIPTOL (CAJA)	790.0	1,580
3	LIMAS H 15-40 25 MM MAILLEFER	4,430.0	13,290

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 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	129,660
DESTINO	: CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	129,660
LUGAR ENTREGA	: MARLIT 542	IVA	24,635
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	154,295

SON : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

--	--	--	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): GRAFICA COLUVID LIMITADA 763097552

Dirección: LORD COCHRANE 1216

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
500	TARJETA RADIOLOGICA DENTAL INPRESA A UN COLOR CON PERFORACION HORIZONTAL	63.0	31,500
500	TARJETA RADIOLOGICA DENTAL INPRESA A UN COLOR CON PERFORACION VERTICAL	63.0	31,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	63,000
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	63,000
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	11,970
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	74,970

SON : SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS

 Emitido por	<i>Nens 224</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.



ORDEN DE COMPRA 29/08.

072393 ✓

FECHA: 29-08-2014

Señor(es): ASESORIAS EN COMPUTACION CBX LTDA. 760057711

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr.: PEDRO CAJAS
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	HP MICROSERVER Gen8 G2020T NHP, DISCO DURO 1 T B - 6GB Ram.	545,000.0	545,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	545,000
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	545,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	103,550
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	648,550

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

	Emisor J.A.U. 29/8/2014	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--	----------------------------	----------------	------------------	---------------

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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. 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

y/o ejecutar, con 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 5 KG	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	15,328
DESTINO : MINICONSULTORIO NUEVA BILBAO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	15,328
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,912
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	18,240
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	Neto 691 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: 27-08-2014

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.

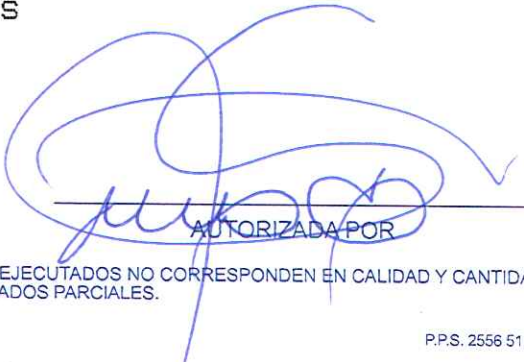
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CARGA DE GAS CLASICO 15 KG	16,966.39	16,966
2	CARGA DE GAS CLASICO 5 KG	7,663.87	15,328

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	32,294
DESTINO : MINICONSULTORIO PAUL HARRIS	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	32,294
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,136
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	38,430
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA 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): 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 45 KG	41,747.90	41,748
2	CARGA DE GAS CLASICO 15 KG	16,966.39	33,933

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	75,681
DESTINO : MINICONSULTORIO TONGOY	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	75,681
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	14,379
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	90,060
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : NOVENTA MIL CINCUENTA 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): 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 45 KG	41,747.90	41,748
1	CARGA DE GAS CLASICO 15 KG	16,966.39	16,966
1	CARGA DE GAS CLASICO 11 KG	12,848.74	12,849

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	71,563
DESTINO : MINICONSULTORIO LOMA LARGA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	71,563
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	13,597
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	85,160
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO SESENTA PESOS		

 Emitido por	<i>nero 694</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	-----------------------------------	------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

Env 28/08/14

072385

FECHA: 27-08-2014

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
4	ALARGADOR C/INTERRUPTOR 250V. 3 MTS. NEGRO	5,900.0	23,600

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424271	PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	23,600
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	23,600
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960		IVA	4,484
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	28,084

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTIOCHO MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS

	Proyecto U. de Ases.		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 27-08-2014

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
12	CARGA DE GAS CATALITICO 5 KG	7,705.88	92,471

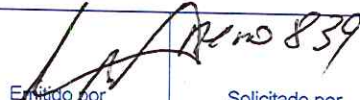
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS	VALOR NETO	92,471
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	92,471
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	17,569
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	110,040

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO DIEZ MIL TREINTA 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 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
1,800	FLUOXETINA 20 MG. x 20 COMP.	180.0	324,000

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

VALOR NETO 324,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 324,000
 IVA 61,560
 TOTAL FACTURA 385,560

MON : TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

Emitido por *[Signature]*
 Solicitado por *Contra Ariztia*
 V°B° presupuesto *[Signature]*
 V°B° Contador *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LIBROS TECNICOS P Y P LTDA. 760494593

Dirección: LOS GUILLAYES 7744

Teléfono:

At: Sr. GUILLERMO MANDILLA
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

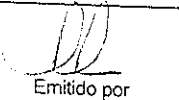
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	COMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD/PERSONAS CON DISCAPACIDAD	78,000.00	78,000
1	LIBRO DE LAS PREGUNTAS	5,613.33	5,613
1	PLAN LECTOR "LEER ES VIVIR"; 10 TITULOS	58,400.00	58,400

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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039


No se acepta la factorización del pago de este documento.

CUENTA	: 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	147,013
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	SUB-TOTAL	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	IVA	147,013
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIO BACC	TOTAL FACTURA	27,932
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA		174,945
CONDICION	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS		

 Emitido por	MEMO # 714 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	------------------------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


 AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

FECHA: 25-08-2014

Señor(es): IZURIETA Y COMPANIA LIMITADA 772790600

Dirección: AV. CRISTOBAL COLON 3931

At.: Sr. TAMARA CONTRERAS

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	CORTINA ROLLER TELA SCREEN 3% y 5% 164,0 ANCHO x 120,0 ALTO	62,530.0	187,590
3	INSTALACION	5,840.0	17,520

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 425127 GASTOS VARIOS	VALOR NETO	205,110
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	205,110
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	38,971
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	244,081

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO: DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y UN PESOS

Emitted por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 25-08-2014

Señor(es): ASESORIAS Y DESARROLLO PLATAFORMA NETA LTDA. 762917451

Dirección: LOS MILITARES N°5620 OF. 1117

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha

De acuerdo a su cotización N°

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


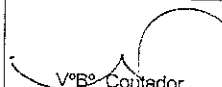
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	INVERNADERO - INCLUYE, HUERTO, AREAS DE CULTIVO, MESON DE TRABAJO, QUITASOL, PLANTAS, SET DE ALMACENOS, REJA, MANO DE OBRA Y PRODUCCION	5,533,000.00	5,533,000

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 : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	5,533,000
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	5,533,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,051,422
FORMA DE PAGO : 30 DIAS CAPOTURA	TOTAL FACTURA	6,585,222

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : SEIS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS VEINTIDOS PESOS

 Emitido por	MEMO 714 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): PATRICIA GUERRA

FECHA: 25-08-2014

Dirección: MARTIN DE ZANDRA 5245 DEPTO 132

At.: Sr. MARTA ESPEJO

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

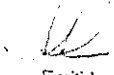
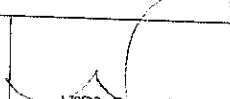
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ANILLOS DE GOMAS PSICOMOTRICIDAD	8,385.00	8,385
1	SET DE CUENTAS PARA ENHEBRAR COLLAR	1,872.00	1,872
1	POTE CADENAS GEOMETRICAS 150	6,175.00	6,175
1	TORRE APILABLE MULTIACTIVIDADES	3,707.00	3,707
1	MOSAICOS CON PINCHOS	63,700.00	63,700
1	ASOCIACION DE PAREJAS - FOTOGRAFIAS	25,870.00	25,870
1	DONDE ESTA EL ERROR?	27,950.00	27,950
1	EL SEMAFORO DE LA BUENA ALIMENTACION	25,350.00	25,350
1	JUEGO DE LENGUAJE MEZCLALA	21,320.00	21,320
1	LOS OFICIOS	11,050.00	11,050
1	MALETA FLASH CARD SITUACIONES SOCIALES 134 UNID	139,360.00	139,360
1	CAJA DE MATEMATICAS GRUPAL CON GUIA 1463 PIEZAS	75,270.00	75,270
1	DOMINO NUMEROS Y PUNTOS SOMA EVA	3,237.00	3,237
1	FICHAS CON NUMEROS EN BOLSA CON EVA	9,360.00	9,360
1	JUEGO CUADROS 2 CM 144 PIEZAS 80	23,270.00	23,270
1	APRENDO A SUMAR Y RESTAR #14248	11,050.00	11,050
1	APRENDO EL CUERPO HUMANO E. # 14247	11,050.00	11,050
1	CONECTOR ENCICLOPEDIA	13,650.00	13,650
1	CONECTOR MUNDO ANIMAL	13,650.00	13,650
1	CONOCE TU ANATOMIA # 14688	33,150.00	33,150
1	CUERPO HUMANO MAGNETICO	17,875.00	17,875
1	GLOBO TERRAQUEO KIDS	29,770.00	29,770
10	CALCULADORAS ESCOLARES 10 DIGITOS	1,625.00	16,250

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

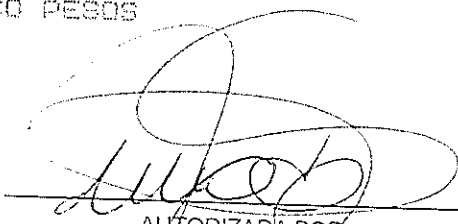
CUENTA : 404871 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	594,399
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	594,399
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	112,936
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	707,335
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MON : SETECIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

	MEMO 714	
Emitido por	Solicitado por	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

25-08-2014

Señor(es): COMERC. Y DIST. DE GAS Y COMBUSTIBLE LTDA. 786278503

FECHA:

Dirección: AV. KENNEDY N° 7048

2207157

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CARGA DE GAS CATALITICO 11 KG	12,932.77	25,866
5	CARGA DE GAS CATALITICO 5 KG	7,705.88	38,529

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 423104 GAS	VALOR NETO	64,395
DESTINO	: MINICONSULTORIO JUAN PALAU	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	64,395
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	12,235
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	76,630
MON	: SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE PESOS		

Emitido por: *[Signature]*
Solicitado por: *Renzo 837*
V°B° presupuesto: *[Signature]*
V°B° Contador: *[Signature]*

AUTORIZADA POR: *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MARCELO IGNACIO ORREGO PEREZ 128828389

Dirección: ALEXANDER FLEMING 7315

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

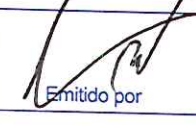

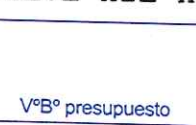
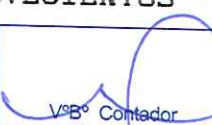
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
40	COFFE BREAK PARA CDA CON FECHA 27/08/2014 A LAS 15 HRS	4,200.0	168,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	168,000
DESTINO : DIRECCION DE EDUCACION	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	168,000
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	31,920
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	199,920

SON : CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL E IMPORTADORA AUDIOMUSICA S.A. 965799206

Dirección: UNION LITERARIA 2052

Teléfono: 3752901

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
12	TL25S MATALOFONO 25N COLOR BALDASSARE	15,105.0	181,260
4	H9318 FLAUTA DULCE DIG. ALEMANA COLOR IV BALDASSARE	1,995.0	7,980
1	GA3 GUITARRA ACUSTICA COLOR AM IBANEZ	61,965.0	61,965
1	SERVICIO DE DESPACHO	7,021.0	7,021

LA 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 : 431112 INSTRUMENTOS	VALOR NETO	258,226
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	258,226
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	258,226
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
PERSON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTISEIS PESOS		

Emitido por	Solicitado por	VºBº presupuesto	VºBº Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 21-08-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

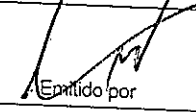

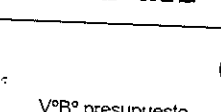
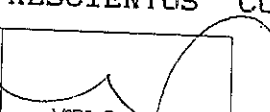
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	BALON DE VOLLEY BALL MOLTEN 2500	9,156.0	18,312
4	BALON DE FUTBALL COMPETENCIA	26,796.0	107,184

LA 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.-

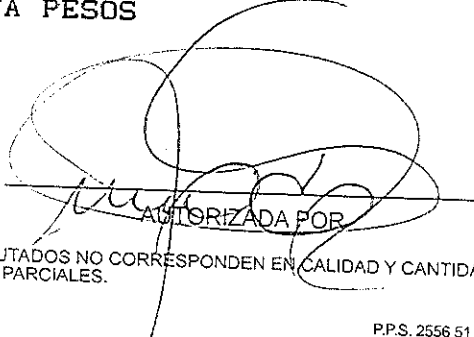
CUENTA	: 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	125,496
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	125,496
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	23,844
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	149,340

SON : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA 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: 21-08-2014

Señor(es): FERRETERIA GARACHENA S.A. 967029505

Dirección: PROVIDENCIA 2687

Teléfono: 2322645

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°


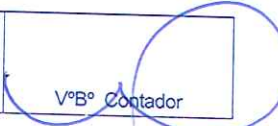
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	GALON ESMALTE AL AGUA COLOR ROJO BERMELLON	18,800.00	18,800
1	GALON ESMALTE AL AGUA AZUL PACIFICO	18,800.00	18,800
1	GALON ESMALTE AL AGUA AMARILLO REY	18,800.00	18,800
1	GALON ESMALTE AL AGUA NEGRO	18,800.00	18,800
1	GALON ESMALTE AL AGUA BLANCO	12,450.00	12,450
5	RODILLO TERMOFUSIONADO 18 CM	1,400.00	7,000
2	TINETA PINTURA BLANCA	24,900.00	49,800
7	SET 3 BROCHAS MULTIPROPOSITO	4,420.00	30,940
4	AGUARRAS POR LITRO	1,390.00	5,560
6	BOLSA DE HUAIFE 500 GRS	2,250.00	13,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES	VALOR NETO	194,450
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	194,450
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	36,946
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	231,396
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS 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.

Señor(es): VICTOR MONTOYA GERTNER 115017950

FECHA: 21-08-2014

Dirección: EDISON 4647

Teléfono:

At.: Sr.: BERNARDITA ANGULO
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
28	SILLA APILABLE SPRING EN PROPILENO, DIFERENTES COLORES	13,500.0	378,000
2	ESCRITORIO PANEL RECTO DE 100*60*75, CON 2 CAJONES	65,186.0	130,372
8	ESTANTERIA ALTA SIN PUERTAS 100*30*180	118,000.0	944,000
2	ESTANTE BASE SIN PUERTAS 180*30*100 P/ ARCHIVADORES	122,000.0	244,000
6	MESA RECTANGULAR PARA TRABAJO 180*80*75	178,000.0	1,068,000
2	PIZARRA DE CORCHO PARA COLGAR A MURO 200*100	72,000.0	144,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 123105 MAQUINAS Y EQUIPO (PROY CONT. VIDVALOR NETO	2,908,372
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	0
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	SUB-TOTAL
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	2,908,372
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	IVA
	552,591
	TOTAL FACTURA
	3,460,963

MONTO : TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES - PESOS

<i>[Signature]</i> Ejecutado por	<i>[Signature]</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------------------------------	--------------------------------------	------------------	---------------

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LABORATORIA ANTARTICA LTDA. 886795809

FECHA: 21-08-2014

Dirección: AVDA. KENNEDY 9901, LOCAL 100

At.: Sr. Teléfono: 2420160

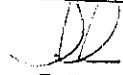
De acuerdo a su cotización N° ** Despachar factura en Lugar Entrega **
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación. de Fecha sírvase despachar

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CURIOSIDADES DE LA NATURALEZA TOMO INICIAL PARA 1ERO BASICO	6,714.29	6,714
1	CURIOSIDADES DE LA NATURALEZA TOMO 1	6,714.29	6,714
1	CURIOSIDADES DEL MUNDO TOMO INICIAL PARA 1ERO BASICO	6,714.29	6,714
10	HISTORIAS DE FUTBOL	5,453.78	54,538
10	MELERO DETECTIVE DE INSECTOS	4,546.22	45,462
10	CUENTOS DE TERROR, DE MAGIA Y DE COSAS EXTRAÑAS	2,941.18	29,412

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

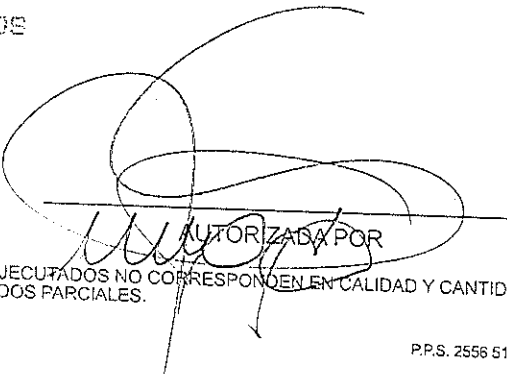
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 82071 PROYECTO COMUNITARIO NIOS DEL TIVALOR NETO	149,555
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 10.0 14,955
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL 134,600
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA 25,574
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 160,174
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO	
MONTO : CIENTO SESENTA MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS	

	MEMO 714		
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

ORDEN DE COMPRA

072370

HA 21-08-2014

Señor(es) STEWARD S.A. 966441003

Dirección

6254935

At: RAQUEL HENRIQUEZ

De acuerdo a su cotización N°

** Despachos Contura en Lugar Entrega **
servicio despachos

El suscrito, con cargo a este Orden de Compra / trabajo, se compromete a suministrar a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	AFOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	MANTEL CARPETA ESPECIAL 19	22,008.0	44,016
24	SERVILLETA SOLEIL 45X45 CM	933.0	22,392

[Handwritten signature]

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CREDITO DEL CLIENTE
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3297 LAS CONDERS, PUEBLO AGROPECUARIO
TEL: 2720 8000 - FAX: 2720 8009

No se acepta la factorización del pago de este documento. -

CUENTA	: 424271	PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	66,408
BESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA		SUB-TOTAL	66,408
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 3960		IVA	12,618
FORMA DE PAGO	: CHEQUE		TOTAL FACTURA	79,026
		VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON SETENTA Y NUEVE MIL VEINTISEIS PESOS

[Handwritten signature]
Proyecto
Vida Adulta

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

OBSERVACIONES

CORRESPONSABILIDAD

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SE RAZONARA SI LOS MATERIALES Y / O SERVICIOS SE REALIZAN EN EL PLAZO DE ENTREGA. SI NO SE REALIZAN EN EL PLAZO DE ENTREGA, EL CLIENTE DEBERA RESPONDER EN CALIDAD Y CANTIDAD POR LOS REDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA. SE ACEPTA RESPONSABILIDAD POR LOS DAÑOS MATERIALES.

Señor(es): STEWARD S.A. 966441000

FECHA: 21-08-2014

Dirección:

Teléfono: 6254935

At: Sr. RAQUEL HENRIQUEZ
De acuerdo a su cotización N°

de Fecha *Despachar* *reciben en Lugar Entrega* *servase despachar*

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CACEROLA ALTA BIG CHEF INOX 24,8 CM DIAMETRO 21,7	18.479.0	18.479
1	BATIDORA MANUAL OSTER 2532	11.756.0	11.756
4	CUCHILLO COCINA PAN BIG CHEF INOX 20CM ANATELLO	2.185.0	8.740
12	PLATO PAN CASTELLO 15 CM RDO PORC BGA	496.0	5.952
12	PLATO ENTRADA CASTELLO 20 CM REDONDO POR BGA	664.0	7.968
12	PLATO HONDO CASTELLO 23 CM RDO PORC BGA	1.168.0	14.016
12	PLATO PRINCIPAL CASTELLO 23 CM RDO PORC BGA	832.0	9.984
12	PLATO BASE CASTELLO 25 CM RDO PORC BGA	1.336.0	16.032
12	PLATO CAFE CASTELLO 12 CM RDO PORC BGA	328.0	3.936
12	TAZA CAFE CASTELLO	294.0	3.528
12	PLATO TE/CONSOME CASTELLO 15 CM RDO PORC BGA	412.0	4.944
12	TAZA TE CASTELLO 220 ML PORC BGA	496.0	5.952
12	CUCHARA MESA REGENT INOX 18/10 19,4 CM	664.0	7.968
12	TENEDOR MESA REGENT INOX 18/10 21 CM	664.0	7.968
12	CUCHILLO MESA REGENT INOX 18/10	580.0	6.960
12	CUCHILLO MANTEQUILLA REGENT INOX	496.0	5.952
12	CUCHARA CAFE REGENT INOX 18/10 11,7 CM	412.0	4.944
12	CUCHARA TE REGENT INOX 18/10 14,3 CM	462.0	5.544
1	LICUADORA OSTER 4172 (890) 300 W VIDRIO	25.202.0	25.202
2	COLADOR INOX DOBLE MALLA REGULAR FINA	3.353.0	6.706
2	MANGA PASTELERA SANNENG DACRON GRUESO 45 CM	1.672.0	3.344
2	SARTEN BIG CHEF ALUM TEFLON 20X5	5.034.0	10.068
2	TOSTADOR ELECTRICO THOMAS TH 122 4 REBANADAS	18.059.0	36.118
3	BOWL 5L INOX	3.857.0	11.571
4	USLERO WINCO MADERA CON RODAMIENTO	10.076.0	40.304
5	TABLA PICAR PP ROJA 46X31	5.874.0	29.370

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA VALOR NETO 313,306
 DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA DESCUENTO 0.0 0
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960 SUB-TOTAL 313,306
 FORMA DE PAGO : CHEQUE IVA 59,528
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO TOTAL FACTURA 372,834

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS

<i>[Signature]</i> Emite por	<i>[Signature]</i> Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---------------------------------	--------------------------------------	------------------	---------------

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ARCHIVO

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): 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
4	NIFEDIPINO 10 MG. CAJA x 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 : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR 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

Emitted by: *Cambio Proveedor*
 Solicitado por: *SIN STOCK.*
 V°B° presupuesto: *[Signature]*
 V°B° Contador: *[Signature]*

AUTORIZADA POR: *[Signature]*

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

Dirección: SERRANO 63 OF 37

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TOSHIBA CAMBIO EXTERNO 300 DE 2.5 100 3.0	33,800.00	33,800
1	SONY MICROCOMPONENTE MHC ECL5 120 W	58,900.00	58,900

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 123105 MAQUINAS Y EQUIPO (PROY CONT. VID	VALOR NETO	92,700
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	92,700
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	17,613
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	110,313
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CIENTO DIEZ MIL TRESCIENTOS TRECE 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): LIBROS TECNICOS P Y P LTDA. 760494695

FECHA: 21-08-2014

Dirección: LOS QUILLAYES 7744

At.: Sr. GUILLERMO MANCILLA

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

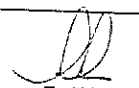
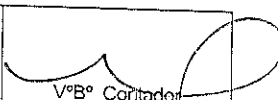
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	POESIA Y ANTIPOESIA		
10	HISTORIETAS SPIDERMAN	10,252.00	10,252
10	HISTORIETAS SUPERMAN	15,118.00	151,180
10	HISTORIETAS CONDORITO	21,000.00	210,000
10	HISTORIETAS MAFALDA	7,479.00	74,790
10	LIBROS DE ART ATTACK	5,126.00	51,260
1	ATLAS GEOGRAFICO PARA LA EDUCACION ACTUALIZADO 2014	4,958.00	49,580
1	DICCIONARIO DE LA LENGUA CASTELLANA	12,160.00	12,160
12	COLECCION DE PAPELUCHO	12,521.00	12,521
1	A PESAR DE MI TIA	4,821.00	57,852
1	TODOS SOMOS DIFERNTES	5,454.00	5,454
1	EL BRUJO KARUM VERSOS Y CUENTIVERSOS PARA NINOS	5,210.00	5,210
1	EL NINO QUE ENLOQUECIO DE AMOR	4,650.00	4,650
1	PENSAR SIN LIMITES. MATEMATICA METODO SINGAPUR	5,748.00	5,748
10	NUEVAS HISTORIAS DE FRANZ EN LA ESCUELA	37,058.00	37,058
10	FRAY ANDRES, OTRA VEZ	5,690.00	56,900
10	TRECE COSAS MISTERIOSAS	5,454.00	54,540
10	QUERIDOS MOSNTRUOS	5,454.00	54,540
10	COMIC ASTERIX	5,882.00	58,820
10	COMIC MAMPATO	14,958.00	149,580
10	EL DELINCUENTE, EL VASO DE LECHE Y OTROS CUENTOS	5,882.00	58,820
10	EL CHUPACABRAS DE PIRQUE	3,050.00	30,500
10	EL FANTASMA DE CANTERVILLE	4,546.00	45,460
10	YACAY EN LAS TIERRAS DEL VIENTO	4,546.00	45,460
10	YACAY RUMBO A LAS LLANURAS KAIBAS	4,546.00	45,460
10	ANTONIO Y EL MISTERIO DE LOS HOMBRES DE ROCA	4,546.00	45,460
10	LOS RESTOS DEL MUNDO	6,720.00	67,200
8	DICCIONARIO ESPANOL ARISOT ILUSTRADO	8,664.00	69,312

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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	1,513,627
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,513,627
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	287,589
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,801,216
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : UN MILLON OCHOCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS DIECISEIS PESOS

 Emitido por	MEMO 714 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Cotizador
---	----------------------------	------------------	---


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MATERIALES DIDACTICOS LTDA 704774324

FECHA: 21-08-2014

Dirección: ALMIRANTE BYRD 2072

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha sírvase despachar**

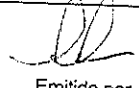
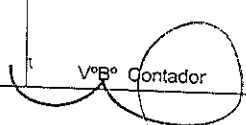
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

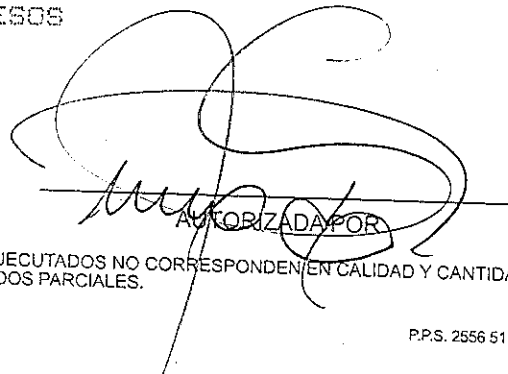
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	FLASH CARD COMPRA Y VENTA	5,462.18	16,387
3	NUEVOS BILLETES CHILENOS	10,840.34	32,521
3	TARJETAS DE EMOCIONES Y SITUACIONES	15,966.39	47,899
3	MEMORICE ALIMENTOS	4,621.85	13,866
1	CAJA DE PERCEPCION TACTIL	30,252.10	30,252
2	TABLA DE EQUILIBRIO	38,571.43	77,143

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	218,067
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	218,067
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	41,433
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	259,500
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS		

 Emitido por	MEMO 714 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	----------------------	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL DHARMA LTDA. 760327434

FECHA: 21-08-2014

Dirección: MARTIN DE ZAMORA 5245 DEPTO 132

At.: Sr.: MARTA ESPEJO
 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.

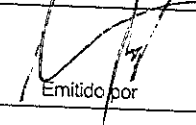
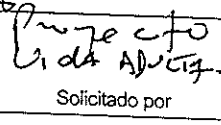
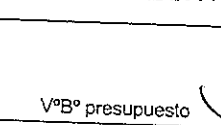
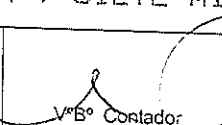
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CUERPOS GEOMETRICOS	28,516.00	28,516
1	JUEGO DE ASOCIACION MORA	14,251.00	14,251
1	CUERPOS GEOMETRICOS ACRILICO	57,317.00	57,317
2	JUEGO SUMA	119,586.00	239,172
2	PANEL 1-100	29,886.00	59,772
2	NUMEROS Y CONTEO MAGNETICO	44,836.00	89,672
2	QUE ENTRETENIDO CONTAR	109,187.00	218,374
2	CLASIFICANDO MAYOR Y MENOR	109,187.00	218,374
2	TRAZADO DE NUMEROS	38,987.00	77,974
1	CONOCIENDO MI ORGANISMO	62,387.00	62,387
1	CENTRO DE TIJERAS CON DIFERENTE DISENOS	44,837.00	44,837
2	LAMINAS PROFESIONES	40,937.00	81,874
1	SET DE VOCABULARIO PASIVO 4277	5,352.00	5,352
2	MATEMATICAS FLASH CARDS FRACCIONES 4435	5,134.00	10,268
1	MAPA GIGANTE 4601	10,706.00	10,706
2	CAJA FRACCIONARIA 4444	7,537.00	15,074
2	BLOQUES MULTIBASE 6551	9,685.00	19,370
3	SET DE BILLETES NACIONALES 4461	1,747.00	5,241
2	JUEGO MASTERMIND	19,500.00	39,000
2	JUEGO MONOPOLY	14,190.00	28,380
1	JUEGO TRIDIMINOS	19,500.00	19,500
1	TABLERO CHINO	13,000.00	13,000
1	TRIVIAL PURSUIT ED FAMILIAR HASBRO	18,000.00	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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

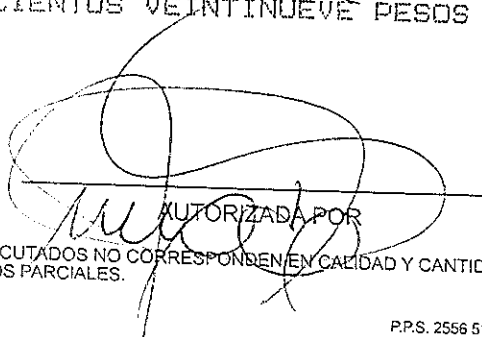
CUENTA : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	1,376,411
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,376,411
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	261,518
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,637,929

SON : UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTINUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL DHARMA LTDA. 760507494

FECHA: 21-08-2014

Dirección: MARTIN DE ZAMORA 5245 DEPTO 132

At: Sr.: MARTA ESPEJO
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
3	SET DE PINZAS COLORES Y PELOTAS	37,347.00	112,041
1	PLAY SET ACTIVIDAD	297,505.00	297,505
1	SET DE 10 DIFERENTES PELOTAS	42,779.00	42,779
1	SET DE PELOTAS ESTIMULACION	74,736.00	74,736
2	BALDE DE CLASIFICACION Y ENCAJE	21,382.00	42,764
1	PUZZLE UN DIA DE UN NINO	46,397.00	46,397
2	SET MAGNETICO 3D 96 PIEZAS	129,987.00	259,974
1	LETRAS CON LIJA MAYUSCULAS	21,382.00	21,382
1	ENHEBRADO DE CUBOS LETRAS	42,779.00	42,779
1	KIT DE TRAZO	57,044.00	57,044
2	ALFABETO PARA COSER	13,637.00	27,274
2	CUBOS DE LETRAS CONECTABLES	68,237.00	136,474
8	PIZARRA MAGNETICA	3,250.00	26,000
2	SET DE FOTOS PARA DESARROLLAR EL VOCABULARIO	129,993.00	257,986
2	PIZARRA TERMICA	62,387.00	124,774
1	ARMA Y ESTAMPA TU PALABRA	77,974.00	77,974
4	SET LETRAS MAYUSCULAS MAGNETICAS	10,907.00	43,628
1	TABLERO DE NUMERO CANTIDAD	49,911.00	49,911
3	JUEGO DE ASOCIACION SUMA	13,637.00	40,911
2	ESTUCHE 10 NUMEROS PARA COSER	17,732.00	35,464
3	SET DE CAJAS CONTEO X 10	255,330.00	765,990
2	SET PARA MODELAR PLASTICINA	47,762.00	95,524
3	SET DE PINCELES RECARGABLES	38,987.00	116,961

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 : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	2,796,272
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	2,796,272
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	531,292
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	3,327,564
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS -

Emitted por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERA ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): AG. INTERNACIONAL 968100602

FECHA: 21-08-2014

Dirección: LA CONCEPCION 332 LOCAL 102

Teléfono: 2640171

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	ACTIVIDADES DE REFUERZO DE LENGUAJE 1 COD9AJB-2024	18,403.00	36,806
2	ACTIVIDADES DE REFUERZO DE LENGUAJE 2 COD9AJB-2032	20,084.00	40,168
2	15 HISTORIAS PARA CONTAR CODICEP-6529	12,521.00	25,042
4	SET DE MONEDAS Y BILLETES CHILENOS COD7MYB-000	14,202.00	56,808
2	METODO ECOS HABILIDADES SOCIALES 1 COD5EOS-001	16,723.00	33,446
2	METODO ECOS HABILIDADES SOCIALES 2 COD5EOS-001	16,723.00	33,446
2	METODO ECOS HABILIDADES SOCIALES 3 COD5EOS-001	16,723.00	33,446

LA 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 : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	259,162
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	259,162
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	49,241
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	308,403

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : TRESCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS TRES PESOS

 Emitido por	MEMO 714 Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
---	----------------------------	------------------	---------------


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN SALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 21-08-2014

Señor(es): DIMERC S.A. 966708409

Dirección: ALBERTO PEPPER 1784

Teléfono: 6808010

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.




CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TOALLA PAPEL JUMBO ELITE 300 MT	18,725.00	37,450

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421103 MATERIAL DE ASEO	VALOR NETO	37,450
DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	37,450
LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207	IVA	7,116
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,566

MONTO: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	<i>Casa Central</i> Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------------------	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL DHARMA LTDA. 760587494

FECHA: 21-08-2014

Dirección: MARTIN DE ZAMORA 5245 DEPTO 132

At.: Sr. MARTA ESPEJO

Teléfono:

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.


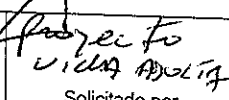
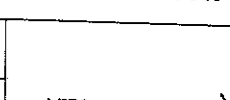
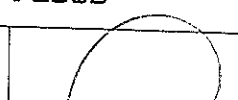
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
6	SET DE JARDINERIA PARA ADULTOS		
6	PLASTICOLA DE DIFERENTES COLORES 23 GRS X TUBO	25,500.0	153,000
		3,500.0	21,000

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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	174,000
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	174,000
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	33,060
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	207,060

SON : DOSCIENTOS SIETE MIL SESENTA PESOS

 Entendido por	 Solicitado por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	---	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL TOTALPACK LTDA. 79948840K

Dirección: SAN IGNACIO 1583

Teléfono: 5545708

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	RELOJ SERPUNTUAL BIOMETRICO	210,000.0	210,000
1	INSTALACION Y CAPACITACION DE CONTROL ASISTENCIA	50,000.0	50,000
1	IMPRESORA TERMICA	69,000.0	69,000
1	UPS 500VA	27,000.0	27,000
1	GABINETE METALICO	40,000.0	40,000
1	PACK ROLLO PAPEL TERMICO 80X80 (10 UN)	12,000.0	12,000

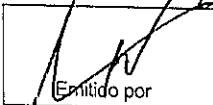
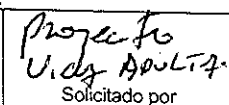
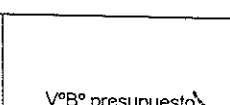
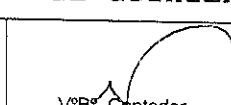
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

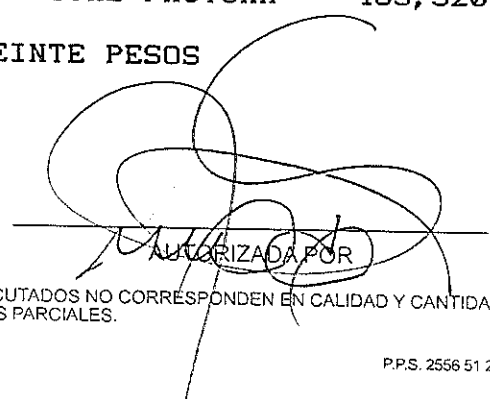
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 123105 MAQUINAS Y EQUIPO (PROY CONT.VIDVALOR NETO	408,000
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0 0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL 408,000
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA 77,520
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA 485,520

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTE 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):SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.:JOANA RAVERA
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
60	LOSARTAN POTASICO 50 MG. x 1000 COMP.	8,739.0	524,340
1,000	CLORFENAMINA 4 MG. CAJA x 20 COMP.	112.1	112,160

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	636,500
DESTINO : CONSULTORIO DR.ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	636,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	120,935
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	757,435

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
43	LOSARTAN POTASICO 50 MG. x 1000 COMP.	8,739.0	375,777
200	CLORFENAMINA 4 MG. CAJA x 20 COMP.	112.1	22,432

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	398,209
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	398,209
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	75,660
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	473,869

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE 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.



ORDEN DE COMPRA

Env 26/08/14

072354

FECHA: 21-08-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	CONOS NARANJO	690.0	7,590

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	7,590
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	7,590
LUGAR ENTREGA	: CALLE PATRICIA 8960	IVA	1,442
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	9,032

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NUEVE MIL TREINTA Y DOS PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Cotizador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO 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.:

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
12	GORRO TOCA BLANCO PR		
12	FECHERA CLASSIC BLANCA PR	6,455.00	77,460
15	VASO WHISKY BAJO 30.5 CL LANCIER PU	6,455.00	77,460
12	MOLDE SILICONA 11CAV MINI MUFFINS LACOR	432.00	6,480
2	BATIDOR FIBREGLASS 35 CM 61934 LACOR	4,268.00	51,216
2	CUCHARON STANDARD ACERO INOX YA	4,617.00	9,234
2	ESPATULA PASTELERA RECTA 25CM 60463 LACOR	1,394.00	2,788
2	ESPUMADERA STANDARD ACERO INOX YA	1,607.00	3,214
2	MEZQUINO 14" PSC-14 WCO	1,156.00	2,312
4	MOLDE SILICONA CHOCOLATE BLOQ IBILI	952.00	1,904
4	MOLDE GALLETAS 6CAV MOKA IBILI	3,002.00	12,008
4	MOLDE SILICONA CHOCOLATE GIFT IBILI	8,242.00	32,968
4	MOLDE SILICONA CHOCOLATE MAR IBILI	2,877.00	11,508
4	MOLDE SILICONA CHOCOLATE DELICE IBILI	2,877.00	11,508
3	MOLDE RECTANGULAR 25 CM EASY CLEAN 1120925 VI	2,877.00	11,508
2	MOLDE EASY CLEAN 26 CM D/F 1120922 VI	1,772.00	5,316
		4,217.00	8,434

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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 : 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	325,318
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	325,318
LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960	IVA	61,810
FORMA DE PAGO : 30 DIAS D/FACTURA	TOTAL FACTURA	387,128

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS

Emjido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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 Fecha sírvese despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.




CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	SILLA ADMINIST. C/BRAZOS REGULABLES, RESPALDO ALTO ERGONOMETRICO C/APOYO LUMBAR, TAPIZ LANA.	74,800.0	149,600
4	SILLA VISITA ESTRUCTURA METALICA ESMALTADA TAPIZ VINILO	20,400.0	81,600
3	BANQUETA 2 CUERPOS RESPALDO BAJO ESTRUCTURA METALICA ESMALTADA TAPIZ VINILO	58,100.0	174,300
3	BANQUETA 4 CUERPOS RESPALDO BAJO ESTRUCTURA METALICA ESMALTADA TAPIZ VINILO	72,800.0	218,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 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	623,900
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 5.0	31,195
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	592,705
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	112,614
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	705,319

MONEDA : SETECIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS

 Emitido por	<i>Noro 811</i> Solicitado por	 VºBº presupuesto	 VºBº Contador
---	-----------------------------------	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

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
1	MUEBLE ESPECIAL S/DISEÑO CLIENTE, ESTRUCTURA EN MDF LAMINADO PLÁSTICO CONSIDERA 6 RUEDAS	119,000.0	119,000
1	MUEBLE ESPECIAL S/DISEÑO CLIENTE, CONSIDERA ESTRUCTURA EN MELAMINA 18MM. Y CUBIERTA EN MDF, RECUBIERTO EN LAMINADO PLÁSTICO PATINES REGULABLES Y FIJACION A MURO	76,500.0	76,500

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 factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 122104 MUEBLES, UTILES Y ENS.DE SALUD	VALOR NETO	195,500
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	195,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	37,145
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	232,645

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): LUIS HUMBERTO ZAMUDIO SANCHEZ 036363924

Dirección: GENERAL GANA 671

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
6	BLOCK FICHA MAMOGRAFIA	4,483.0	26,898
60	BLOCK ORDEN DE EXAMENES	2,263.3	135,801
1,000	SOBRE IMPRESO DE 28 x 33 CM. CON LOGO	149.3	149,300



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

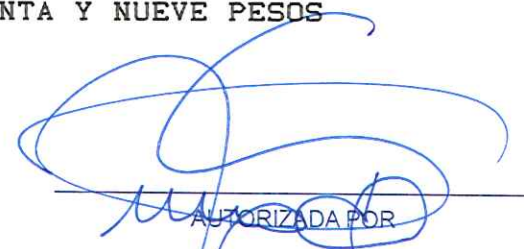
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	311,999
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	311,999
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	59,280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	371,279

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	REMO 1190 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: 00-06-2014

Señor(es): BERTA A. MUNOZ CARO 104303560

Dirección: COMANDANTE CHACON 5720

At.: Sr. MABEL SAZO

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LOCKERS METALICO DE 3 CURPOS DOBLES 06 PUERTAS CORTAS	86,533.0	86,533
1	LOCKERS METALICOS DE 4 CUERPOS TRIPLES 12 PUERTAS CORTAS	149,175.0	149,175

Envíe correo de mabel sazo -

*Orig. en carpeta
 Ord. de Compra
 Centro Vida Adulto*

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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	: 123105 MAQUINAS Y EQUIPO (PROY CONT. VID)	VALOR NETO	235,700
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	235,700
LUGAR ENTREGA	: PATRICIA 8960	IVA	44,785
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	280,485

SON : DOSCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

<i>[Signature]</i> Emitido por	<i>[Signature]</i> Proyecto Solicitado por	V°B° presupuesto	<i>[Signature]</i> V°B° Contador
-----------------------------------	--	------------------	-------------------------------------

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES: PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

22-8

072347

FECHA: 20-08-2014

Señor(es): COMERCIAL DHARMA LTDA. 760587494

Dirección: MARTIN DE ZAMORA 5245 DEPTO 132

Teléfono:

At.: Sr. MARTA ESPEJO
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	GLOBO TERRAQUEO	33,600.0	33,600
2	MAPAMUNDI DE PARED	17,000.0	34,000
2	PIZARRA ACRILICA CON RUEDAS 1,5 X 1	106,000.0	212,000
2	RELOJ DE PARED	13,600.0	27,200
3	TERMO 1 LITRO	8,500.0	25,500
5	REGADERAS PLASTICAS	7,650.0	38,250
12	GUANTES PARA JARDIN	3,400.0	40,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	411,350
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	411,350
LUGAR ENTREGA	: AAAAAAAAAAAAAAAA PATRICIA 8960	IVA	78,157
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	489,507

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SIETE PESOS

Expedido 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): ASESORIAS EN COMPUTACION CBX LTDA. 760057711

FECHA: 20-08-2014

Dirección: AV. PROVIDENCIA 2528 LOCAL 114*A

Teléfono: 78537777

At.: Sr. PEDRO CAJAS
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	EPS PRO S 17 + 2700 LUM SVGA BOLSO	258,000.0	516,000
2	MICROCOMPONENTE MM E430 SAMSUNG	79,000.0	158,000

*Despach.
 Junio 25-8*

*Orig. en carpeta
 Ord. de Compra
 Centro Vida Adulta*

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 123105 MAQUINAS Y EQUIPO (PROY CONT. VID VALOR NETO 734,000
 DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA DESCUENTO 0.0 0
 LUGAR ENTREGA : PATUCO 8960 SUB-TOTAL 734,000
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA IVA 139,460
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO TOTAL FACTURA 873,460

SON : OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072345

FECHA: 20-08-2014

Señor(es): INGESMART S. A. 968588700

Dirección: SANTA MAGDALENA 75 OFICINA 1003

Teléfono: 4301501

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	PIZARRA INTERACTIVA DUAL MOD 1279	877,500.0	877,500

*Destacharán
 entre lunes
 y miércoles*

*Orig. en carpeta
 Ord. de Compra
 Centro Vida Adulto*

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento.-

CUENTA	: 123105 MAQUINAS Y EQUIPO (PROY CONT. VID	VALOR NETO	877,500
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	877,500
LUGAR ENTREGA	: AAAAAAAAAAAAAAAAAA PATRICIA 8960	IVA	166,725
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,044,225
MONEDA	: UN MILLON CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS		

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
-------------	----------------	------------------	---------------

[Handwritten Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MARCO ANTONIO ARAYA AROS 085389440

Dirección: SANTIAGUILO 1024

Teléfono: 5564060

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sívase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



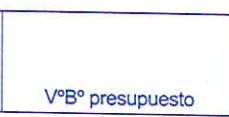

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
500	TARJETA CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL ADULTO	80.0	40,000
500	TARJETA CONTROL DE ACTIVIDADES SALUD INFANTIL	80.0	40,000
50	BLOCK SALIDA DE BODEGA 50/2 AUTOCOPIATIVO	1,400.0	70,000
50	BLOCK ECOTOMOGRAFIA GINECOLOGICA 50/2 AUTOCOPIATIVO	1,200.0	60,000
50	BLOCK SCREENING OBTETRICO II y III TRIMESTRE 50/2 AUTOCOPIATIVO	1,200.0	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : TRESCIENTOS VEINTIUN MIL TRESCIENTOS PESOS

VALOR NETO 270,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 270,000
IVA 51,300
TOTAL FACTURA 321,300

 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): 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
200	TARJETA DE CONTROL PACIENTES PROGRAMA ERA	171.5	34,300
500	CARNET DEL ADULTO MAYOR	146.4	73,200

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 : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	107,500
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	107,500
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	20,425
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	127,925

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CIENTO VEINTISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO 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): IMPORTADORA TECHNOWINNER LTDA. 773305900

FECHA: 20-08-2014

Dirección: SERRANO 63 OF 37

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
26	DELL INSPIRON 14-3421 i3-3217U 14" 4GB 500 GB DVD-RW	244,900.0	6,367,400
2	INSTALACION DATA CON SOPORTE CON JAULA		
2	TELON MURAL QUARTET 2.03 X 2.03 MT	145,798.0	291,596
4	GENIUS PARLANTE SW-S2.1.200 6 Wms 3,5 mm USB power Negro	57,500.0	115,000
		10,000.0	43,200

*Despachar a
25-8*

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD 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 : 123105 MAQUINAS Y EQUIPO (PROY CONT. VIDVALOR NETO 6,817,196
 DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA DESCUENTO 0.0 0
 LUGAR ENTREGA : AAAAAAAAAAAAAAAAAA PATRICIA 8960 SUB-TOTAL 6,817,196
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA IVA 1,295,267
 VALOR : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO TOTAL FACTURA 8,112,463
 MONTO : OCHO MILLONES CIENTO DOCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS

Emitido por Solicitado por V°B° presupuesto V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

[Signature]
 AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 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.:

**** 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
10	AMOXICILINA 500 MG. x 500 COMP.	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 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
 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 <i>LA</i>	Solicitado por <i>René 1129</i>	V°B° presupuesto	V°B° Contador
--------------------------	------------------------------------	------------------	---------------

[Signature]
AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MARCO ANTONIO ARAYA AROS 085389440

Dirección: SANTIAGUILO 1024

Teléfono: 5564060

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	BLOCK DE RECETARIO SIMPLE DR. MANUEL MUNOZ R.	400.0	40,000
50	BLOCK DE RECETARIO SIMPLE DRA. ERIKA TRONCOSO	570.0	28,500
50	BLOCK DE RECETARIO SIMPLE DRA. KATHERINA LLANOS	570.0	28,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	97,000
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	97,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	18,430
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	115,430

MONEDA: CIEN TO QUINCE MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS

	17-08-2014		
Emiido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): GRUPO LECAROS S. A. 762689820

Dirección: AVDA TOBALABA 1469

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	MOBILIARIO RECEPCION CILC.	4,134,072.0	4,134,072

LA 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. -

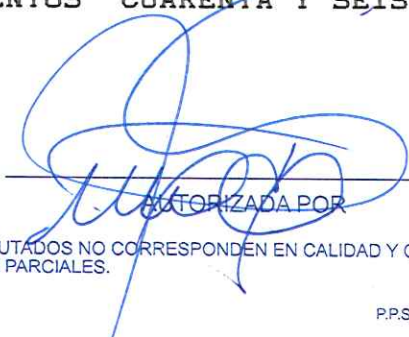
CUENTA : 431104 MOBILIARIO SALUD	VALOR NETO	4,134,072
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	4,134,072
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	785,474
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	4,919,546

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATRO MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS - PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 18-08-2014

Señor(es): FABRICA DE TORTAS ALICO LIMITADA 761533401

Dirección: LEQUENA 6650

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha sírvase despachar**

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

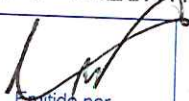
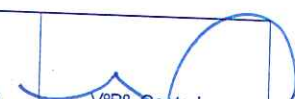
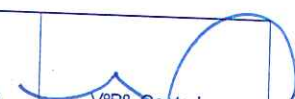
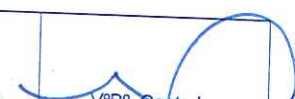
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TORTA PARA 40 PERSONAS PINA	28,571.43	28,571

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 425119 GASTOS MENORES
 DESTINO : ADMINISTRACION CASA CENTRAL
 LAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : REYES LAVALLE 3207
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : TREINTA Y CUATRO MIL PESOS

VALOR NETO 28,571
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 28,571
 IVA 5,429
 TOTAL FACTURA 34,000

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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): GRAFIKA NAHUEL S.A. 76709910K

Dirección: BERLIOZ 5675

Teléfono: 7358871

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.


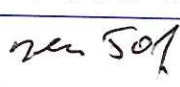


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LICENCIA DE ENSEANZA BASICA (1) 50 UND COD 213(1)	14,285.71	14,286
1	LICENCIA DE ENSEANZA MEDIA (1) 50 UND COD 211(1)	14,285.71	14,286
40	PLANILLA DE MATRICULA COD 331	168.07	6,723

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	35,294
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 8.0	2,824
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	32,470
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	6,169
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	38,639

SON : TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA
 De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
150	ANTIESPASMODICO SUPOSITORIO ADULTO x 6 SUP.	3,377.0	506,550



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
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

VALOR NETO 506,550
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 506,550
 IVA 96,245
 TOTAL FACTURA 602,795

MONTO : SEISCIENTOS DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

			
Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072333

FECHA: 18-08-2014

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.


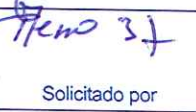

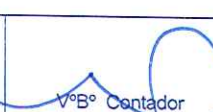
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	BUS 25 PAX IDA Y VUELTA PARA EL DIA 22/08/14 D ESDE ALACALUFE 9174 10:30 HS HASTA PLANETARIO Y REGRESO A LAS 13:30 HS	65,000.00	65,000
1	BUS 25 PAX IDA Y VUELTA PARA EL DIA 29/08/14 D ESDE ALACALUFE 9174 09:30 HS HASTA MUSED HISTORICO DE CARABINEROS Y REGRESO A LAS 12:30 HS	65,000.00	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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424244 TRASLADO ALUMNOS	VALOR NETO	130,000
DESTINO : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	130,000
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	130,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

MONTO : CIENTO TREINTA MIL 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: 18-08-2014

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
2	CARGA DE GAS DE 15 KG CLASICO	17,050.42	34,101

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 423104 GAS
 DESTINO : CENTRO DE APRENDIZAJE
 LAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : CALLE PATRICIA 8960
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 34,101
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 34,101
 IVA 6,479
 TOTAL FACTURA 40,580

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : CUARENTA MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador
<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i>

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 18-08-2014

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.


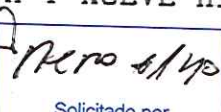
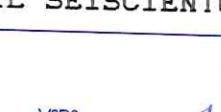

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	JERINGA 20 CC. PUNTA CENTRAL C/AGUJA 21G x 1,5 LUER LOCK CAJA x 50 UN.	3,900.0	58,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS QUINCE PESOS

VALOR NETO	58,500
DESCUENTO 0.0	0
SUB-TOTAL	58,500
IVA	11,115
TOTAL FACTURA	69,615

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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: 18-08-2014

Señor(es): DROGUERIA HOFMANN S. A. 92288000K

Dirección: LOS GOBELINOS 2507

Teléfono: 4356053

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


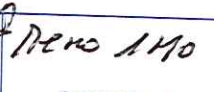


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
15	JERINGA DESECHABLE 3 CC. C/AGUJA 21G x 1,5 B/D	5,400.0	81,000
15	JERINGA DESECHABLE 5 CC. C/AGUJA 21G x 1,5 B/D	3,700.0	55,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	136,500
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	136,500
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	25,935
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	162,435

MONTO: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 CIENTO SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS 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
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 18-08-2014

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
15	JERINGA DESECHABLE 10 CC. B/D C/AGUJA 21G x1,5	4,900.0	73,500

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

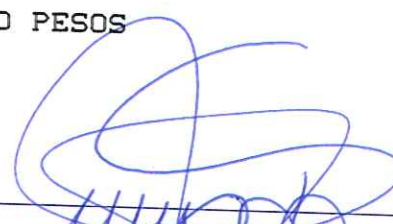
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	73,500
DESTINO	: SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	73,500
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	13,965
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	87,465
CONDICIONES : OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072328

FECHA: 18-08-2014

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	REFRIGERADOR LG GN-V232	168,058.82	168,059

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 123101 MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	VALOR NETO	168,059
DESTINO : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	168,059
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	31,931
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	199,990

MONTO : CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS

Emitted por: <i>[Signature]</i>	Solicitado por: <i>Aeno 36</i>	V°B° presupuesto: <i>[Signature]</i>	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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): CRISTINA OLIVERO HINOJOSA 076874107

Dirección: PARANA 8479

Teléfono:

At.: Sr. ** 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.


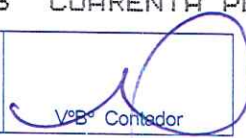
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PENDON EN PVC ROLLER CON FUNDA VALOR "SOLIRADIDAD" MED 80 X 200 MM	56,000.00	56,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421104 FORMUL.E IMPRESOS	VALOR NETO	56,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	56,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	10,640
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	66,640

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS

	
Emitido por	Solicitado por
	V°B° Comedor


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): SCHUFTAN HNOS. Y CIA. LTDA. 819068003

Dirección: PADRE ORELLANA 1324

Teléfono: 7410224

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	TRASLADO DEL COLEGIO LEO. DA VINCI A TEATRO MUNICIPAL SALIDA A LAS 3PM	50,000.0	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424121 EXTRAESC. ESC. DEPORTIVAS	VALOR NETO	50,000
DESTINO : COLEGIO LEONARDO DA VINCI	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	50,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6811	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CINCUENTA 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): ACE SISTEMAS MEDICOS LTDA. 761413996

Dirección: VISTA HERMOSA 310 A

Teléfono:

At.: Sr.: ALFONSO COFRE
De acuerdo a su cotización N°

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	ROLLO PAPEL DE ECOGRAFIA ULSTAR 1100-HG, MARCA DURICO	8,500.0	425,000



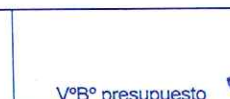
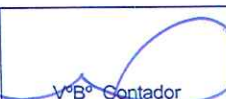
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 425,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 425,000
IVA 80,750
TOTAL FACTURA 505,750

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : QUINIENTOS CINCO 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): SCHUFTAN HNDS. Y CIA. LTDA. 819068003

Dirección: PADRE ORELLANA 1324

Teléfono: 7410224

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	TRASLADO DEL COL. SAN FRANCISCO DEL ALBA A TEATRO MUNICIPAL A LAS 3 PM	50,000.0	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 : 424121 EXTRAESC. ESC. DEPORTIVAS	VALOR NETO	50,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	50,000
LUGAR ENTREGA : CAMINO EL ALBA 9280	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		

SON : CINCUENTA 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): SCHUFTAN HNOS. Y CIA. LTDA. 819068003

Dirección: PADRE ORELLANA 1324

Teléfono: 7410224

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	TRASLADO DEL COL SAN FRANCISCO DEL ALBA TP AL TEATRO MUNICIPAL A LAS 3 PM	50,000.0	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424121 EXTRAESC. ESC. DEPORTIVAS	VALOR NETO	50,000
DESTINO : COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA T.P.	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	50,000
LUGAR ENTREGA : AVDA. CRISTOBAL COLON 9140	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA MIL PESOS

 Emitted por	M. 738 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

18-8

072322

FECHA: 18-08-2014

Señor(es): SCHUFTAN HNOS. Y CIA. LTDA. 819068003

Dirección: PADRE ORELLANA 1324

Teléfono: 7410224

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	TRASLADO ALUMNOS DEL COL. SANTA MARIA A TEATRO MUNICIPAL SALIDA A LAS 3PM	50,000.0	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 : 424121 EXTRAESC. ESC. DEPORTIVAS	VALOR NETO	50,000
DESTINO : COLEGIO STA. MARIA DE LAS CONDES	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	50,000
LUGAR ENTREGA : VIA LACTEA 9308	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	50,000

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CINCUENTA MIL 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): MEGAMED CHILE LTDA. 760329800

Dirección: EMILIANO FIGUEORA 8547

Teléfono:

At.: Sr.: CARMEN BARRERA

**** 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	OXIMETRO DE PULSO MOD. MD300C11 (1227)	20,999.0	20,999
1	ESCABEL ESMALTADO 2 PELDANOS (10093)	13,440.0	13,440
1	PORTA SUERO 4 GANCHOS IMP. BASE PVC (211672)	17,999.0	17,999
1	CARTABON INFANTIL MADERA 1 MT. (11032)	28,499.0	28,499
2	ESFIGMO ANEROIDE MEYER RELOJ (1320)	5,460.0	10,920
2	FONENDOSCOPIO CAPSULA PLANA MEYER (1308)	1,545.0	3,090
20	BANDEJA DE ACERO INOXIDABLE 21 x 16 x 1 (1012)	2,875.0	57,500

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 : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	152,447
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	152,447
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	28,965
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	181,412

SON : CIENTO OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS DOCE 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): SCHUFTAN HNOS. Y CIA. LTDA. 819068003

Dirección: PADRE ORELLANA 1324

Teléfono: 7410224


At.: Sr.: ** Despachar factura en Lugar Entrega **
 De acuerdo a su cotización Nº de Fecha sírvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	TRASLADO DESDE COL. SIMON BOLIVAR A TEATRO MUNICIPAL SALIDA 3 PM REGRESO 18,30 PM	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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 424121 EXTRAESC. ESC. DEPORTIVAS	VALOR NETO	140,000
DESTINO : COLEGIO SIMON BOLIVAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	140,000
LUGAR ENTREGA : TOMAS MORO 1651	IVA	0
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	140,000
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
SON : CIENTO CUARENTA MIL PESOS		

 Emitido por	M. 736 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

21-8

072319

18-08-2014

FECHA:

775945001

Señor(es): COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS FADIMMED LTDA.

5591617

Dirección: LOS TREBOLES 263

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
9	MANGUITO DE PRESION PEDIATRICO 28 x 7 CM.	3,900.0	35,100
9	MANGO DE PRESION ADULTO 44,4 x 10 CM.	4,500.0	40,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	75,600
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	75,600
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	14,364
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	89,964

SON : OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS

	neto 796		
Emtido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

21-8

072318

18-08-2014

FECHA:

Señor(es): MEGAMED CHILE LTDA. 760329800

Dirección: EMILIANO FIGUEORA 8547

Teléfono:

At.: Sr. CARMEN BARRERA

**** 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	BRAZALETE COMPLETO OBESO 2 VIAS C/BALON 1388, 60 x 17 CM.	2,597.0	23,373

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	23,373
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	23,373
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	4,441
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	27,814

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS CATORCE 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): 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
1	CAMILLA DE EXAMEN MARCA CABOT ESMALTADA GRIS	58,450.0	58,450
1	ESCABEL DOS PELDANOS MARCA CABOT ESMALTADO GRIS	13,250.0	13,250
1	CARTABON PEDIATRICO DE MADERA 1 MT. MARCA CABOT	28,965.0	28,965
1	PODOSCOPIO MARCA CABOT	38,450.0	38,450

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 : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	139,115
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	139,115
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	26,432
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	165,547

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS 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.

Señor(es): PRECISION S. A. 969809109

Dirección: AVDA. EL SALTO 4291

Teléfono: 4226270

At.: Sr.: BERNARDA SOTO

**** 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	BALANZA PESA PERSONA MODELO 700 220 KG. x 50 G R. MECANICA CON TALLIMETRO	217,500.0	217,500
1	BALANZA PESA BEBE MODELO 354 20 KG. x 20 GR. P BB DIGITAL	99,400.0	99,400

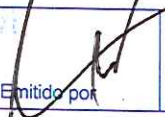

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 122105 EQUIPO E INSTRUMENTAL DE SALUD	VALOR NETO	316,900
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	316,900
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	60,211
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	377,111

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO ONCE PESOS

 Emitido por	new 798 Solicitado por	V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---------------------------	------------------	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 18-08-2014

Señor(es): INES VARGAS MARAMBIO 099669683

Dirección: MATIAS COUSINO 150 OFICINA 327

Teléfono: 6385927

At.: Sr.: INES

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


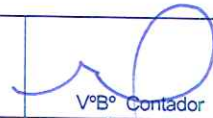
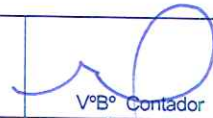
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
16	POLERAS PIQUET NACIONAL C/LOGO BORDADO	12,900.0	206,400
13	CHAQUETA POLAR TELA MICROPOLAR C/LOGO BORD.	15,900.0	206,700
12	PANTALON TIPO DOCKERS CLASICO	17,900.0	214,800
2	CAMISA OXFORD	11,900.0	23,800
2	CHAQUETA SOFT-SHELL	35,900.0	71,800
20	CONJUNTO CLINICO, BLUSON Y PANTALON EN TRVIRA NACIONAL C/LOGO Y NOMBRE BORDADO.	35,900.0	718,000

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 : 421101 VESTUARIO Y CALZADO	VALOR NETO	1,441,500
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,441,500
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	273,885
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,715,385

SON : UN MILLON SETECIENTOS QUINCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	nero 360 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: 14-08-2014

Señor(es): SOCOFAR 915750001

Dirección: AV. VICUNA MACKENNA 3350

Teléfono: 2998401

At.: Sr.: JOANA RAVERA

**** 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
134	NIFEDIPINO 10 MG. CAJA x 30 COMP.	415.0	55,610
17	ANTIESPASMODICO SUPOSITORIO ADULTO x 6 SUP.	3,377.0	57,409
10	DICLOFENACO INFANTIL 12,5 MG. x 5 SUPOSITORIOS	262.0	2,620

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421105 P.FARMC.Y QUIMICOS	VALOR NETO	115,639
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	115,639
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	21,971
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	137,610

MONTO : CIENTO TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

 Emiso por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	--------------------	----------------------	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR


ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

072313

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): COMERCIALIZADORA ESTE DEPORTES LTDA 762311321

Dirección: AVDA LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 3421

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	CONOS NARANJO	690.0	690
1	TORRE BASQUETBOL MOVIL REGULABLE	159,900.0	159,900
2	PELOTAS ESPONJA	3,990.0	7,980
2	BALONES DE FUTBOL	11,900.0	23,800
2	BALONES DE GOMA PEQUENOS	2,690.0	5,380
2	SET PELOTAS PING PONG	990.0	1,980
2	PELOTAS DE TENIS TARRO	2,990.0	5,980
4	PALETAS DE PING PONG	1,990.0	7,960

*Orig en carpeta
 Dirs. de Compra
 Centro Vida Adulta*

LA 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	: 424271 PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	213,670
DESTINO	: CENTRO VIDA ADULTA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: INMEDIATA	SUB-TOTAL	213,670
LUGAR ENTREGA	: AAAAAAAAAAAAAAAA PATRICIA 8960	IVA	40,597
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	254,267

072311

Señor(es): ARTICULOS DEPORTIVOS SCRATCH LTDA. 788937601

FECHA: 13-08-2014

Dirección: AV. LIB. BDO. DHIGGINS 3423

Teléfono: 7648739

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	PALETAS DE PLAYA	3,900.00	15,600
15	MAT DE YOGA	6,500.00	97,500

*llamaron
 aprox 12/45*

*original en carpeta
 Ords. de Compra
 Centro Vida Adulto.*

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 424271	PROYECTO CONTINUIDAD VIDA ADULTA	VALOR NETO	113,100
DESTINO : CENTRO VIDA ADULTA		DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA		SUB-TOTAL	113,100
LUGAR ENTREGA : AAAAAAAAAAAAAAAAAA	PATRICIA 8960	IVA	21,489
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA		TOTAL FACTURA	134,589
MONEDA : CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS			

<i>[Signature]</i> Emitted by	Proyecto VIDA ADULTA. Solicitado por	V°B° presupuesto	<i>[Signature]</i> V°B° Contador
----------------------------------	--	------------------	-------------------------------------

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): PROVEEDORES INTEGRALES PRISA S.A. 965569405

Dirección: LAS ROSAS 5757 HUECHURABA

Teléfono: 8206290

At.: Sr. CAROLINA FUENZALIDA

** Despachar factura en Lugar Entrega **
 de Fecha sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N°


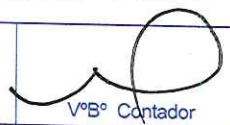
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	PLIEGOS DE CARTULINA COLOR ROJO	122.00	2,440
20	PLIEGOS DE CARTULINA COLOR AZUL	122.00	2,440
20	PLIEGOS DE CARTULINA BLANCO	122.00	2,440
20	PLIEGO DE CARTULINA AMARILLA	122.00	2,440
10	CINTA DE EMBALAJE TRANSPARENTE	215.00	2,150
4	ROLLOS DE MASKINTAPE GRANDE	311.00	1,244
10	CARPETAS TAMANO OFICIO	123.00	1,230
2	RESMA PAPEL CARTA	1,516.00	3,032

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421102 MATERIAL DE OFICINA	VALOR NETO	17,416
DESTINO : CENTRO DE REINSECCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	17,416
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	3,309
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	20,725
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTANTO : VEINTE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS		

	<i>Neto 136</i>	
Emitido por	Solicitado por	VºBº Contador


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 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.


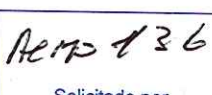

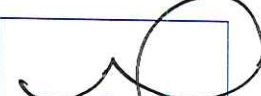
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CLORO X LTS	1,699.00	3,398
5	LAVALOZA	881.00	4,405
2	LIMPIADOR DE PISO 5 LTS	3,214.00	6,428
1	CAJA DE VASOS PLASTICOS 250 CC	320.00	320
5	DESENGRASANTE DE COCINA X LTS	1,220.00	6,100
6	PAQUETES DE BOLSAS DE BASURA GRANDE	2,205.00	13,230
2	ESCOBILLONES ESTANDAR DE INTERIOR	1,358.00	2,716
1	PLUMERO	413.00	413
10	PANOS ABSORVENTES AMARILLOS	510.00	5,100
2	PARES DE GUANTES DE GOMA TALLA M	490.00	980
5	DESODORANTES AMBIENTALES	688.00	3,440
3	DESINFECTANTE LISOFORM	1,236.00	3,708
10	VIRUTILLA DE OLLA GRUESA	130.00	1,300
6	PANOS DE COCINA	425.00	2,550
6	PANOS DE PISO	401.00	2,406


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	56,494
DESTINO : CENTRO DE REINSERCION ESCOLAR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	56,494
LUGAR ENTREGA : ALACALUFE 9174	IVA	10,734
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	67,228

SON : SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS 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.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): ECM INGENIERIA S. A. 896304003

Dirección: AV. ELEODORO YANEZ 1890

Teléfono: 26555556

At.: Sr. CLAUDIO THOMAS M.

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N°

de Fecha

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
11	163108 PLACAS Mx 20*25 CM. (8*10") BLUE 125 SH EETS	115,402.0	1,269,422
3	163014 PLACAS Rx 35*43 CM. (14*17") BLUE 125 S HEETS	151,753.6	455,261
3	163010 PLACAS Rx 25*30 CM. (10*12") BLUE 125 S HEETS	76,742.3	230,227


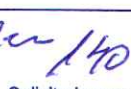


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	1,954,910
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : INMEDIATA	SUB-TOTAL	1,954,910
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	371,433
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	2,326,343

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS - PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): IMPORTADORA DE EQUIPOS MEDICOS LTDA. 786158508

Dirección: RIO CLARILLO 1246 ENEA

Teléfono: 6896359

At.: Sr.: PAULA IRRAZABAL

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° de Fecha sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
30	PAPEL PARA AUTOREFRACOMETRO, MARCA CANTON	1,500.0	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 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 : INMEDIATA
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 45,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 45,000
IVA 8,550
TOTAL FACTURA 53,550

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

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): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
14	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,120.0	15,680
3	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700.0	5,100
13	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.0	22,100
5	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.0	8,500
1	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,120.0	1,120



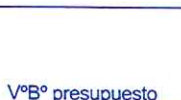

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	52,500
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	52,500
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	9,975
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	62,475

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **ALGODONES BETA LIMITADA 815026004**

Dirección: **AV. 5 DE ABRIL 4482**

Teléfono: **7799089**

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° **08** de Fecha **01-08-2014** si vase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO	3,630.0	36,300



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	36,300
DESTINO : CASA MARLIT	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,300
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542	IVA	6,897
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	43,197

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA 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 CANTIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.



ORDEN DE COMPRA

18-8

072304

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4460087

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N°

08

** Despachar factura en Lugar Entrega **
de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	ALCOHOL 70 CAJA X 15 LT	13,800.0	13,800

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES. DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CASA MARLIT
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : MARLIT 542
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 13,800
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 13,800
IVA 2,622
TOTAL FACTURA 16,422

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS 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.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): CRISTIAN CAMUS VALVERDE LTDA. 760023582

Dirección: LA AURORA 1027

Teléfono: 2202584

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 141419

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


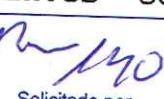


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
8	FUNDA COMPRESA CONTORNO DE CUELLO		
12	ELECTRODOS 42041 5X5 CM. CUADRADO	24,700.0	197,600
2	COMPRESAS PARA RODILLA CON AGUJERO ROTULIANO.	5,000.0	60,000
6	COMPRESAS DE CALOR HUMEDO 12 x 30 CM.	29,450.0	58,900
2	COMPRESAS DE CALOR HUMEDO CERVICAL 60 CM. DE LONGITUD	10,450.0	62,700
		16,150.0	32,300

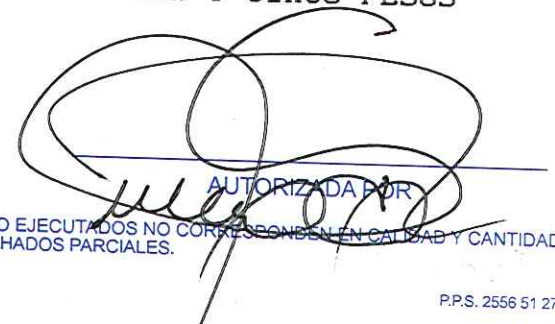
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	411,500
DESTINO : CENTRO RAM DEL ADULTO MAYOR	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	411,500
LUGAR ENTREGA : RIO LOA 8350	IVA	78,185
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	489,685

SON : CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS 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): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS LARGA L	681.0	13,620

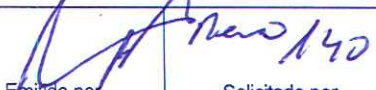



LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

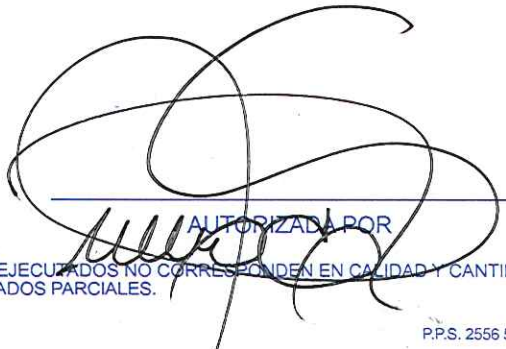
CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	13,620
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	13,620
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,588
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	16,208

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DIECISEIS MIL DOSCIENTOS 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.



ORDEN DE COMPRA

18-8

072301

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08 de Fecha 01-08-2014 **** Despachar factura en Lugar Entrega **** Sirvase despachar
 y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
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	VALOR NETO	36,000
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,840
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,840

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SON : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

Emitido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADO POR

PROVEEDOR

OBSERVACIONES:

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.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): **COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952**

Dirección: **MAPACHO 4342**

Teléfono:

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° **808143**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha **08-08-2014** sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


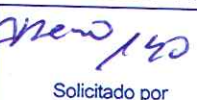
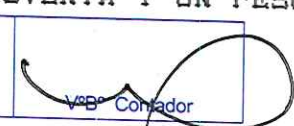
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,475.0	14,950

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	14,950
DESTINO : LABORATORIO BASICO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	14,950
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	2,841
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	17,791

MONEDA : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MONTO : DIECISIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS

			
Emitted by	Solicited by	V°B° presupuesto	V°B° Comodador


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

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.

072299

FECHA: 13-08-2014

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 11-08-2014 Sirvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.0	29,000

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 : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR : TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS

VALOR NETO 29,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 29,000
 IVA 5,510
 TOTAL FACTURA 34,510

Emitido por *[Signature]* Solicitado por *[Signature]* V°B° presupuesto *[Signature]* V°B° Contador *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049**

Dirección: **MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO**

Teléfono:

At.: Sr. **ALEJANDRO ESPINOZA**

De acuerdo a su cotización N° **08**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha **11-08-2014** sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
4	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	27,920
1	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	17,990

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : LABORATORIO BASICO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 45,910
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 45,910
IVA 8,723
TOTAL FACTURA 54,633

SON : CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

Emitted por *[Signature]* Solicitado por *[Signature]* V°B° presupuesto *[Signature]* V°B° Contador *[Signature]*

[Large Signature]
AUTORIZADA POR *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CANTIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): ALLMEDICA S. A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:


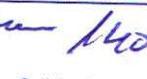

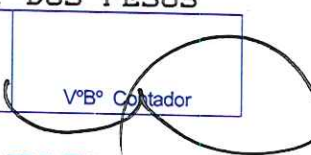
De acuerdo a su cotización N° 259414 de Fecha 11-08-2014 **** Despachar factura en Lugar Entrega **** sírvase despachar y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ROLLO DE PAPEL ECG 63MM.X30MTS.	980.0	9,800
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	27,800
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	27,800
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,282
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	33,082
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONTON : TREINTA Y TRES MIL OCHENTA 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.



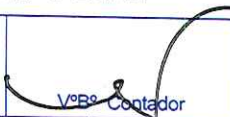
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	8,016.0	24,048
5	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS CORTA M	451.0	2,255

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	26,303
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	26,303
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	4,998
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	31,301

MONTO : TREINTA Y UN 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): DIPROMED S.A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 09-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	BRANULA N 20, INSYTE BD CAJA X 50	8,450.0	59,150
7	BRANULA N 18, INSYTE BD CAJA X 50	8,450.0	59,150
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,120.0	22,400
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.0	85,000
40	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.0	68,000
10	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA L	1,700.0	17,000
7	BRANULA N 24, INSYTE BD CAJA X 50	8,450.0	59,150
7	BRANULA N 22, INSYTE BD CAJA X 50	8,450.0	59,150

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039



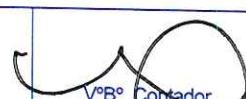
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 429,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 429,000
 IVA 81,510
 TOTAL FACTURA 510,510

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : QUINIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS DIEZ 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): MEDIPLEX S.A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 13-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08

y/o ejecutar, 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	NARISERAS OXIGENO ADULTO (BIGOTERA ADULTO)		
50	MASCARILLAS OXIG.PED.NEVULIZADOR N° 1886	360.0	18,000
50	MASCARILLAS OXIG.PED.MULTI VENT N° 1089	968.0	48,400
50	MASCARILLAS OXIG.AD.NEVULIZADOR N° 1885	1,050.0	52,500
50	MASCARILLAS OXIG.AD.MULTI VENT N° 1088	1,110.0	55,500
		1,200.0	60,000


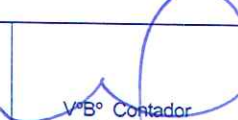
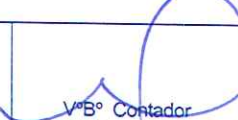
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

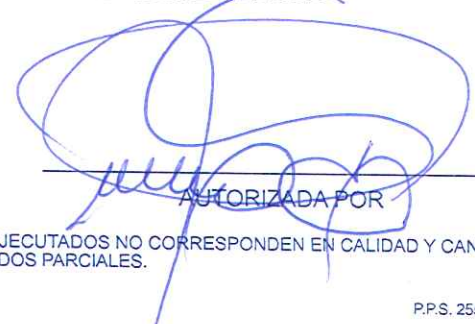
No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	234,400
DESTINO : SAPU MEDICO CONS.DR.A.ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	234,400
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	44,536
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	278,936

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	Memo 140 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	----------------------------	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **ALGODONES BETA LIMITADA 815026004**

Dirección: **AV. 5 DE ABRIL 4482**

Teléfono: **7799089**

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° **08**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha **01-08-2014** sírvase despachar




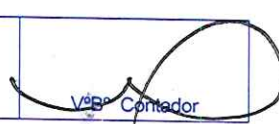
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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	VALOR NETO	36,000
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
LAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	6,840
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,840
CONDICION : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS		

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 808143

Teléfono:
**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


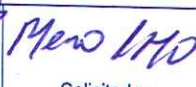
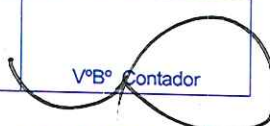
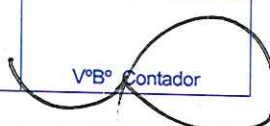
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	PAPEL HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,475.0	37,375

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 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT: MEDICA Y QUIRURGICA
 DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VOUCHER : CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

VALOR NETO 37,375
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 37,375
 IVA 7,101
 TOTAL FACTURA 44,476

 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

Teléfono: 4450087

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08

y/o ejecutar, 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	AGUJAS DESECHABLES 19G X 1 1/2	1,300.0	13,000
10	AGUJA DESECHABLE 21 G X 1 1/2 BD CAJA X 100	1,300.0	13,000
1	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	4,000.0	4,000
8	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-01A/A-21G/BL	24,400.0	195,200
1	CATETER LLAVE DE TRES VIAS CJ x 50 UND.	10,250.0	10,250
25	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.0	14,500
25	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS CHICA	340.0	8,500


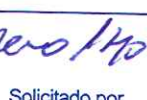


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	258,450
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	258,450
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	49,106
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	307,556

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : TRESCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr.: ALEJANDRO ESPINOZA
De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pqt. 300mts x 20cms (10811)	13,860.0	138,600
25	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	174,500
2	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	35,980


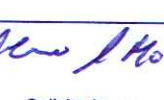


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE EDUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorización del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	349,080
DESTINO : SAPU MEDICO CONS. DR. A. ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	349,080
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	66,325
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	415,405

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUATROCIENTOS QUINCE 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 AL COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARÁN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): DUPLIMEDIA S. A. 770503906

Dirección: LAS DALIAS 2248

Teléfono:

At.: Sr.: PILAR CASTRO
De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 (SET) P/IMPRESORA EPSON PP100	260,000.0	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
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

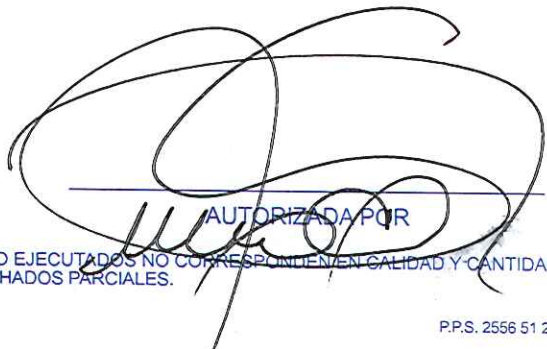
VALOR NETO 780,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 780,000
IVA 148,200
TOTAL FACTURA 928,200

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS PESOS

			
Entidad 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 CORRESPONDIEREN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

13-08-2014

FECHA:

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

4460087

Teléfono:

** Despachar factura en Lugar Entrega **

At.: Sr. De acuerdo a su cotización N° 08

de Fecha 11-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
3	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	4,000.0	12,000


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	12,000
DESTINO : CENTRO IMAGENOLOG=A	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	12,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611-A	IVA	2,280
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	14,280

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CATORCE MIL DOSCIENTOS 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.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 808143

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,475.0	37,375

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	37,375
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,375
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,101
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,476

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

			
Emitted por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

13-08-2014

FECHA:

Señor(es): **MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049**

Dirección: **MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO**

Teléfono:

At.: Sr. **ALEJANDRO ESPINOZA**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

De acuerdo a su cotización N° **08**

de Fecha **11-08-2014**

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pq ts. 300mts x 20cms (10811)	13,860.0	13,860
6	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 r ollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	41,880



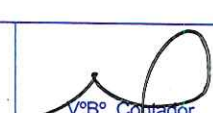
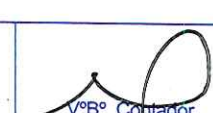
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

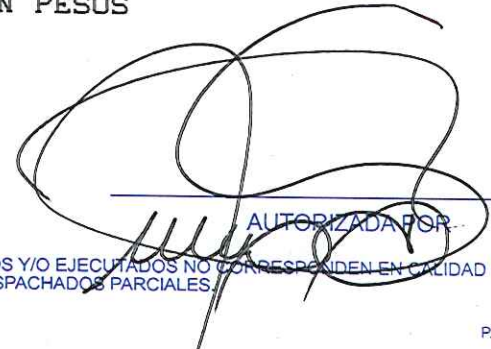
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	55,740
DESTINO : CENTRO COSAM	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	55,740
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	10,591
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	66,331

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UN PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 01-08-2014 sírvase despachar

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.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	CINTAS U-URIGHT COLESTEROL LIPID PRO x 10	8,100.0	162,000


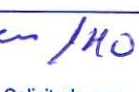


LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	162,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	162,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	30,780
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	192,780

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS

 Emitted por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

18-8

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	LINOVERA SOLUCION	125,000.0	125,000
1	ASKINA SRB MECHA ROLLOS 2,7 X 34 CM.	22,000.0	22,000

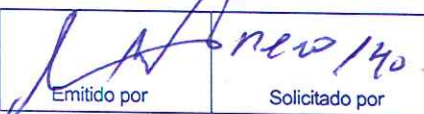
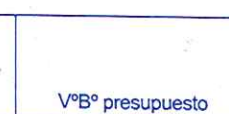
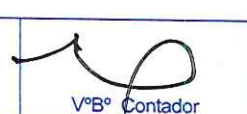

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	147,000
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	147,000
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	27,930
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	174,930

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

SON : CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS TREINTA 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: 13-08-2014

Señor(es): ALLMEDICA S. A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 259414

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


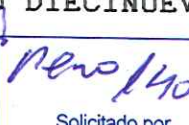
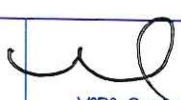
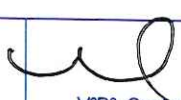
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
120	ESPECULO DESECHABLE 20mm.	390.0	46,800
400	BOQUILLAS DE PAPEL PARA FLUJOMETRO 30X6.5 cmt.	135.0	54,000

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	100,800
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	100,800
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	19,152
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	119,952

SON : CIENTO DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR


AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización Nº 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	8,016.0	40,080
5	JERINGA 5 CC. CAJA x 100	2,450.0	12,250
10	PARCHE DE CURITA REDONDO CAJ x 100UND.	800.0	8,000
17	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	2,600.0	44,200


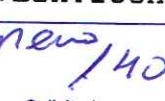
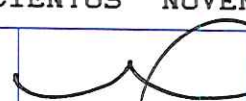
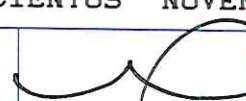
LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorización 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 104,530
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 104,530
 IVA 19,861
 TOTAL FACTURA 124,391

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 CIENTO VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS 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: 13-08-2014

Señor(es): DIPROMED S. A. 863970008

Dirección: AV. MATTA 649

Teléfono: 4731399

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	MASCARILLAS 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	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,120.0	11,200
20	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA XS	1,700.0	34,000
80	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.0	136,000
50	SONDAS DE ASPIRACION ESTERIL DESECHABLE N 10	145.0	7,250
10	SONDA FOLEY 16 GENERICO UNIDAD	325.0	3,250
10	RECOLECTOR DE ORINA ADULTO 2000ML	545.0	5,450

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	225,550
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	225,550
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	42,855
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	268,405

MONTO : DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO 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 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.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 13-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08

y/o ejecutar, 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	NARISERAS OXIGENO ADULTO (BIGOTERA ADULTO)	360.0	9,000
50	MASCARILLAS OXIG. AD. NEVULIZADOR N° 1885	1,110.0	55,500

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 : 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 64,500
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 64,500
 IVA 12,255
 TOTAL FACTURA 76,755

MONTO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA:

Señor(es): **MADEGOM S. A. 846096000**

Dirección: **AV. PRESIDENTE EDUARDO FREI M. 9431**

At.: Sr. **EDUARDO GALARCE**

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° **08**

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****

de Fecha **14-07-2014**

sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


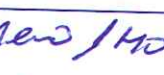
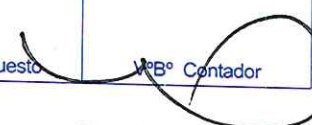
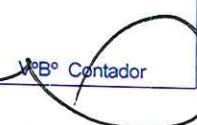
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	GUANTE ALTO RIESGO AZUL L/POLVO TALLA "M" CJ/5 Ø UN.	2,700.0	135,000
50	GUANTE ALTO RIESGO AZUL L/POLVO TALLA "S" CJ/5 Ø UN.	2,700.0	135,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

~~No se acepta la factorizacion del pago de este documento.~~

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
SON : TRESCIENTOS VEINTIUN MIL TRESCIENTOS PESOS

VALOR NETO 270,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 270,000
IVA 51,300
TOTAL FACTURA 321,300

 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:
De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 01-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

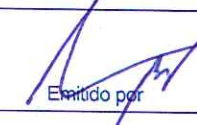

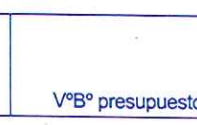
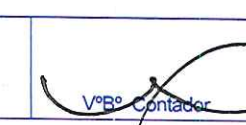
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	ALGODON HIDROFILO ROLLO X 1 KILO	3,630.0	18,150
40	ALGODON MOTAS BOLSA 200 UNIDADES	900.0	36,000

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	VALOR NETO	54,150
DESTINO : CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	54,150
LUGAR ENTREGA : CERRO ALTAR 6611	IVA	10,289
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	64,439

SON : SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA 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.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar



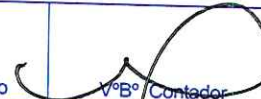
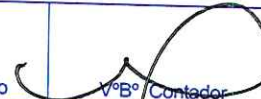
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	AQUACEL 5X5 PKX10	39,200.0	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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	39,200
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	39,200
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	7,448
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	46,648
CONDICION : CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS			

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): **IMPORTADORA RICARDO ELISEO SIVILOTTI DENIMED E. I. R. L.** FECHA: **13-08-2014**
 Dirección: **PASEO BULNES 80 OF 66-67** 765887100
 2688 2599

At.: Sr. **08** Teléfono: **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 De acuerdo a su cotización N° **08** de Fecha **30-07-2014** 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	DISCO DE LIJA 2.2 CM. DE DIAMETRO P/PODOLOGIA	200.0	80,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 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 : NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS

VALOR NETO 80,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 80,000
 IVA 15,200
 TOTAL FACTURA 95,200

Emitido por: *[Signature]*
 Solicitado por: *[Signature]*
 V°B° presupuesto: *[Signature]*
 V°B° Contador: *[Signature]*

AUTORIZADA POR: *[Signature]*

OBSERVACIONES: **PROVEEDOR**
 ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

13-08-2014

FECHA:

Señor(es): NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA CHILE) 590772909

Dirección: EXEQUIL FERNANDEZ 2668 GALPON 1

4460087

Teléfono:

At.: Sr.:
 De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


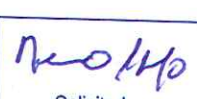


CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
5	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	14,528.0	72,640
1	TEGADERM AGMESH 3M CAJA	30,589.0	30,589
1	ALCOHOL 70 100 CC. X 56	15,680.0	15,680
4	TERMOMETRO CLINICO (DELGADO) GENERICO CAJA X12	2,520.0	10,080

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
 DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONOS: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	128,989
DESTINO	: CONSULTORIO APOQUINDO	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	128,989
LUGAR ENTREGA	: CERRO ALTAR 6611	IVA	24,508
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	153,497

FORMA DE PAGO : VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CIENTO CINCUENTA Y TRES 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
 O COTIZADO POR USTEDS Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr.: ALEJANDRO ESPINOZA

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08


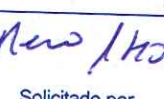


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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 FONONO: 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
CONDICIONES : CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS			

Empledo por:  Solicitado por:  V°B° presupuesto:  V°B° Contador: 

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR 

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

FECHA: 13-08-2014

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 100614

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 01-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	CINTAS U-URIGHT GLUCOSA CAJA x 50 ROJAU-URIGHT TD-4251	9,000.0	540,000

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
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 540,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 540,000
 IVA 102,600
 TOTAL FACTURA 642,600

MONTO : SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS

Emitido por: *[Signature]*
 Solicitado por: *[Signature]*
 V°B° presupuesto: *[Signature]*
 V°B° Contador: *[Signature]*

[Signature]
 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): INVERSIONES PMG S.A. 995418908

Dirección: ANTONIO VARAS 2615

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 100614

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 01-08-2014 sírvase despachar



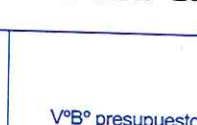
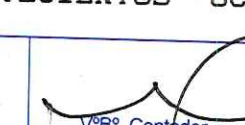
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

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 FONONO: 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
MONEDA: CIENTO NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS			

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


 AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): B. BRAUN MEDICAL S.A. 967565407

Dirección: CALLE NUEVA 5319

Teléfono: 6234334

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08

y/o ejecutar, 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	ASKINA TRANSORBENT 10X10	9,000.0	180,000
1	ASKINA CALGITROL AG PASTA TUBO 15 GRS	30,000.0	30,000
4	ASKINA BARRIER FILM 28 ML CAJA DE 6 SPRAY	72,000.0	288,000
1	PRONTOSAN EN GEL 30 ML FCO. CAJA x 10 UND.	93,000.0	93,000
1	PRONTOSAN 350 ML CJ 10UNID	102,500.0	102,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 693,500
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 693,500
IVA 131,765
TOTAL FACTURA 825,265

MON : OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

Emtido por *[Signature]* Solicitado por *New 140* V°B° presupuesto *[Signature]* V°B° Contador *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

[Large Signature]
AUTORIZADA POR

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): ALLMEDICA S. A. 96636310K

Dirección: JOSE LUIS ARANEDA 86

Teléfono: 2692111

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 259414

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
20	ROLLO DE PAPEL P/ESPIROMETRO (109mm. x 10mts.)	1,200.0	24,000
200	BOQUILLAS DE PAPEL PARA FLUJOMETRO 30X6.5 cmt.	135.0	27,000
20	ROLLO DE PAPEL ECG 63MM.X30MTS.	980.0	19,600
10	ROLLO DE PAPEL PARA E.C.G 80mm x 30mts	1,800.0	18,000
360	ESPECULO DESECHABLE 24mm.	390.0	140,400

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
ESTIÑO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
LAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 229,000
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 229,000
IVA 43,510
TOTAL FACTURA 272,510

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS DIEZ 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 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

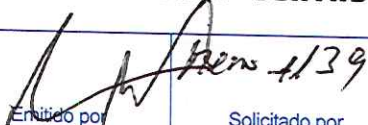
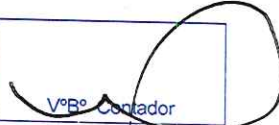
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	VENDA DE GASA ELASTOMULL 10CM. X4MT.	5,380.0	53,800

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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALOR VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : SESENTA Y CUATRO MIL VEINTIDOS PESOS

VALOR NETO 53,800
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 53,800
 IVA 10,222
 TOTAL FACTURA 64,022

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: 13-08-2014

Señor(es): COMERCIAL LBF LTDA. 933660001

Dirección: AV. EJERCITO 622

Teléfono: 6993932

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08

y/o ejecutar, 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	VENDA ADHESIVA FIXOMULL 10 CM		
3	GORROS CLINICOS DESECHABLES CAJ X 50 UND.	9,220.0	36,880
6	TELA DE PAPEL MICROPORE 3M CJ x 12UND. 1535-1	2,600.0	7,800
5	FUNDAS DE LATEX PARA ECOGRAFIA VAGINAL ECOFUND A	8,016.0	48,096
		6,048.0	30,240
3	APOSITO ALLEVYN ADHESIVO 12,5 CM.X12,5 CM		
10	APOSITO ALLEVYN NO ADHESIVO 10 CM.X10 CM	4,121.0	12,363
5	PECHERAS DESECHABLES PLASTICAS CORTA M	2,600.0	26,000
10	SKIM-PREP TOALLITAS HUMEDAS PROTECTOR DE PIEL	451.0	2,255
		5,382.0	53,820

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 FON: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	217,454
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	217,454
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	41,316
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	258,770
CONDICION DE PAGO	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MONEDA	: DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS		

Entido por	Solicitado por	V°B° presupuesto	V°B° Contador

AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): DIPROMED S. A. 863970008

FECHA: 13-08-2014

Dirección: AV. MATTA 649

4731399

At.: Sr.:

Teléfono:

De acuerdo a su cotización N° 1

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 09-08-2014

sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	MASCARILLAS DESECHABLES DE 3 PLIEGUES ELASTICO RED. CAJ x 50 PCS.	600.0	4,200
40	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,120.0	44,800
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA L	1,120.0	22,400
20	GUANTES DE VINILO CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,120.0	22,400
50	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA S	1,700.0	85,000
40	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA M	1,700.0	68,000
10	GUANTES DE LATEX CAJAS x 50 pcs. TALLA L	1,700.0	17,000

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
MON : TRESCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS

VALOR NETO 263,800
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 263,800
IVA 50,122
TOTAL FACTURA 313,922

Emitted por: *[Signature]*
Solicitado por: *[Signature]*
V°B° presupuesto: *[Signature]*
V°B° Contador: *[Signature]*

AUTORIZADA POR: *[Signature]*

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

Señor(es): MEDIPLEX S. A. 863833000

Dirección: JULIO PRADO 1069

Teléfono: 2045114

At.: Sr. **** Despachar factura en Lugar Entrega ****
De acuerdo a su cotización N° 08 de Fecha 13-08-2014 sírvase despachar
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.


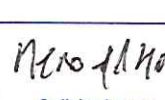
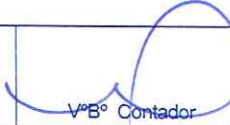
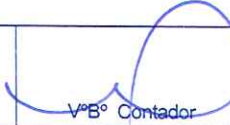
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
50	MASCARILLAS OXIG. AD. MULTI VENT N° 1088	1,200.0	60,000
10	NARISERAS OXIGENO ADULTO (BIGOTERA ADULTO)	360.0	3,600
50	MASCARILLAS OXIG. AD. NEVULIZADOR N° 1885	1,110.0	55,500

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	119,100
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	119,100
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	22,629
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	141,729

SON : CIENTO CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE PESOS

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES

FECHA: 13-08-2014

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 01-08-2014 sírvase despachar


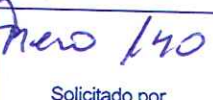


y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
2	CINTAS DE CETONURIAS KETO -DIABUR TES 5000 ROC HE PZN - 2379216	15,000.0	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 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

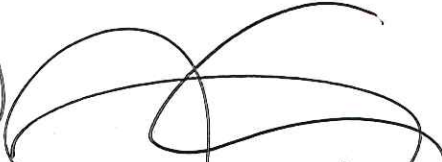
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	30,000
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	30,000
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	5,700
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	35,700
CONDICION : TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS 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
COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): ALGODONES BETA LIMITADA 815026004

Dirección: AV. 5 DE ABRIL 4482

Teléfono: 7799089

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 01-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 FONDO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	36,000
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	36,000
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	6,840
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	42,840

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

 Emitted por	<i>nemo 140</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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.
De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar


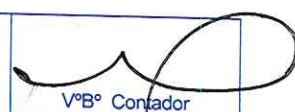
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	AQUACEL AG 5 x 5 CJ 10 UNID.	44,800.0	448,000
5	AQUACEL AG 15X15 CJ.X5 UD.	70,000.0	350,000
24	DUODERM CGF 10X10 PQ.X5	12,800.0	307,200

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 : 424263 COMPLEMENTARIO GES APS	VALOR NETO	1,105,200
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	1,105,200
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	209,988
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	1,315,188
CONDICION : UN MILLON TRESCIENTOS QUINCE MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS		

Emitido por 	Solicitado por <i>139</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 A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): LABORATORIO EUROMED CHILE S.A. 798027700

Dirección: EDISON 4481

Teléfono: 7735309

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
1	TULL CON PLATA URGOTUL AG 10X12	72,900.0	72,900
3	CARBOFLEX 10X10 CM. PKX10	39,200.0	117,600
10	AQUACEL 5X5 PKX10	39,200.0	392,000

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	582,500
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	582,500
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	110,675
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	693,175
VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
MON : SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA Y CINCO PESOS		

Emitido por <i>[Signature]</i>	Solicitado por <i>[Signature]</i>	V°B° presupuesto <i>[Signature]</i>	V°B° Contador <i>[Signature]</i>
-----------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------------------

PROVEEDOR

AUTORIZADA POR
[Signature]

OBSERVACIONES:

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS ESPECIALES.

Señor(es): NEUMANN LIMITADA 789363102

Dirección: AV. APOQUINDO 6275 OF. 85

2124594

Teléfono:

At.: Sr.:

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 12-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 10558


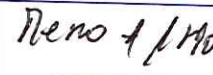

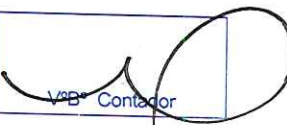
y/o ejecutar, con cargo a esta Orden de Compra / Trabajo los materiales y/o servicios que se indican a continuación.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL VALOR
10	ADAPTIC TULL IMPREGNADO NO ADHERENTE 7.5 X 20 CJX24	12,073.0	120,730
5	ADAPTIC TULL IMPREGNADO NO ADHERENTE 7.5 X 7.5 CJX50	14,157.0	70,785
3	FIBRACOL* PLUS APOSITO COLAGENO Y ALGINATO 10 x 12cm. CJ/12	83,470.0	250,410
1	APOSITO ADHESICO TRANSPARENTE BIOCLUSIVE 5 x 6 cm CJ/100	22,840.0	22,840

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

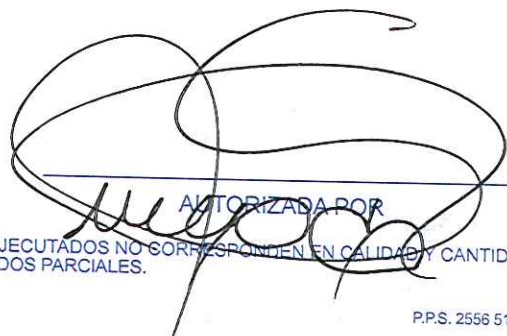
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA	: 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	464,765
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	464,765
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	88,305
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	553,070
MONEDA: QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETENTA 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
O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): ELECTRONICA Y COMERCIAL SISTEMA LTDA. 782889109

Dirección: PUDETO 6908

Teléfono: 2837033

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 13-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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


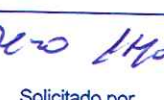

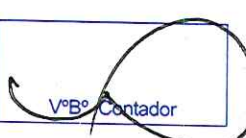
No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 105,000
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 105,000
 IVA 19,950
 TOTAL FACTURA 124,950

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MON : 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): COMPANIA NACIONAL DE DISTRIBUCION SPA 764020952

Dirección: MAPACHO 4342

Teléfono:

At.: Sr.
 De acuerdo a su cotización N° 808143

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 08-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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 HIGIENICO JUMBO BLANCO UNA HOJA X1 rollo 600mts x 4 UND.	7,475.0	37,375

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 FONONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento. -

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO	VALOR NETO	37,375
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS	SUB-TOTAL	37,375
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140	IVA	7,101
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	44,476

VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO

MONTO : CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA 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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): ALFAFLEX RIVAS LIMITADA 762286408

Dirección: SAN PEDRO 702

Teléfono: 8510922

At.: Sr.:

De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
 de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SAQUITOS DE PAPEL 1/2 BALNCOS PAQ. X 1000	5,990.0	359,400
30	SAQUITOS DE PAPEL 1/4 blancos PAQ. X 1000	4,990.0	149,700

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 : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
 DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
 PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
 LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
 FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA
 VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO
 MON : SEISCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTINUEVE PESOS

VALOR NETO 509,100
 DESCUENTO 0.0 0
 SUB-TOTAL 509,100
 IVA 96,729
 TOTAL FACTURA 605,829

Emiteo por *[Signature]* Solicitado por *new / HO* V°B° presupuesto *[Signature]* V°B° Contador *[Signature]*

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
 O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

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 11-08-2014 sírvase despachar

De acuerdo a su cotización N° 08





y/o ejecutar, 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 CHICA	340.0	8,500
1	CATETER LLAVE DE TRES VIAS CJ x 50 UND.	10,250.0	10,250
1	GEL ULTRASONIDO ECO - SONICO X 5 LTS.	4,000.0	4,000
6	TELA TRANSPORE 3M CJ x 12UND. 1527-1	14,528.0	87,168
25	CAJAS PARA DESECHOS CONTAMINADOS GRANDE	580.0	14,500
2	GUANTE QUIRURGICO EST. 7 1/2 MUNNICH CAJA X 50	8,100.0	16,200
4	EQUIPO DE SUERO NIPRO caj. X 100 und. MOD. IS-01A/A-21G/BL	24,400.0	97,600
1	STERI STRIP (X 50 TIRAS) 3M CAJA X 50	20,783.0	20,783

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 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	259,001
DESTINO	: CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA	DESCUENTO 0.0	0
PLAZO ENTREGA	: 24 HORAS	SUB-TOTAL	259,001
LUGAR ENTREGA	: PAUL HARRIS 1140	IVA	49,210
FORMA DE PAGO	: 30 DIAS C/FACTURA	TOTAL FACTURA	308,211
CONDICION	: VALE VISTA BANCO SANTANDER SANTIAGO		
	: TRESCIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS		

 Emitido por	 Solicitado por	 V°B° presupuesto	 V°B° Contador
---	---	---	--


AUTORIZADA POR

OBSERVACIONES:

PROVEEDOR

ESTA ORDEN DE COMPRA / TRABAJO SERÁ ANULADA SI LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS DESPACHADOS Y/O EJECUTADOS NO CORRESPONDEN EN CALIDAD Y CANTIDAD O COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.

FECHA: 13-08-2014

Señor(es): MARIELA DEL CARMEN FLORES CONTRERAS 100029049

Dirección: MACHICURA 2229 ANTUPIREN ALTO

Teléfono:

At.: Sr. ALEJANDRO ESPINOZA

De acuerdo a su cotización N° 08

**** Despachar factura en Lugar Entrega ****
de Fecha 11-08-2014 sírvase despachar

y/o ejecutar, 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	SABANILLA CLINIC DESECHABLE X 12	17,990.0	305,830
15	PAPEL TOALLITAS CLINIC BLANCA UNA HOJA x 18 pgs. 300mts x 20cms (10811)	13,860.0	207,900
25	PAPEL TOALLA ROLLO JUMBO BLANCA UNA HOJA x 2 rollos 300mts x 20cms (40701)	6,980.0	174,500

LA FACTURA DEBE SER EXTENDIDA A CORPORACION DE DUCACION Y SALUD DE LAS CONDES.
DOMICILIO: REYES LAVALLE 3207 LAS CONDES - RUT.: 70.902.000 - 5 FONO: 2720 6000 - FAC: 2720 6039

No se acepta la factorizacion del pago de este documento.-

CUENTA : 421106 MAT. MEDICO Y QUIRURGICO
DESTINO : CONSULTORIO DR. ANIBAL ARIZTIA
PLAZO ENTREGA : 24 HORAS
LUGAR ENTREGA : PAUL HARRIS 1140
FORMA DE PAGO : 30 DIAS C/FACTURA

VALOR NETO 688,230
DESCUENTO 0.0 0
SUB-TOTAL 688,230
IVA 130,764
TOTAL FACTURA 818,994

MONTO : OCHOCIENTOS DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS 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 A LO COTIZADO POR USTEDES Y/O POR INCUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA NO SE ACEPTARAN DESPACHADOS PARCIALES.